

Revisaremos y tomaremos en consideración el ingreso económico del hogar para ver si puede recibir servicios con descuento. La calificación para ayuda económica depende de varios factores, lo que incluye, entre otros, el empleo, el nivel de ingreso y la cantidad de dependientes que tenga el solicitante. Para presentar la solicitud, debe proporcionar determinados documentos de cada categoría de la lista que figura a continuación. Para obtener más información, visite nuestro sitio web [www.umcno.org/financial assistance](http://www.umcno.org/financial%20assistance).

### **Formas de identificación aceptables (debe traer 1)**

- Licencia de conducir válida
- Tarjeta de identificación válida
- Credencial del centro de LCMC con fotografía
- Encuentro activo de LCMC con fotografía
- Tarjeta de extranjero residente (Formulario 1-551)
- Pasaporte válido con tarjeta verde de extranjero residente (Formulario 1-688)
- Tarjeta de identificación militar

### **Formas de residencia aceptables**

- Licencia de conducir válida de Louisiana
- Tarjeta de identificación válida de Louisiana
- Factura de servicios públicos actual que muestre nombre y dirección, o recibo de servicios públicos que muestre nombre y dirección
- Carta actual de elegibilidad para Medicaid o Take Charge
- Carta actual de asignación del Seguro Social, cheque o impresión
- Carta de apoyo de terceros con factura actual de servicios públicos (luz, gas, agua o teléfono [celular o particular])
- Registros escolares actuales que verifiquen la dirección
- Resumen de facturación actual o correo comercial del estado/distrito/ciudad
- Contrato de alquiler actual o carta de verificación con un membrete adecuado que indique la dirección
- Tarjeta de registro como votante
- Registro de un vehículo

### **Elementos aceptables de verificación de dependiente (se incluye el cónyuge como dependiente)**

- Carta actual de elegibilidad para Medicaid
- Tarjeta del Seguro Social
- Certificado de nacimiento
- Declaración de impuestos del año anterior
- Registros de tenencia o documentos de tutela legal
- Registros escolares
- Cualquier documento razonable que demuestre la relación entre el padre/la madre (el tutor) y el niño

## Formas aceptables de verificación de ingreso

- Comprobantes de pago de treinta días consecutivos o un mes
- Para el ingreso por fideicomisos, dividendos o intereses, proporcionar un documento con el monto del ingreso bruto
- Comprobante(s) de pago actual(es) de ingresos jubilatorios
- Carta de asignación actual del Seguro Social de ambos cónyuges y los hijos que tengan
- Carta actual del empleador con membrete (solo si se le paga con dinero en efectivo)
- Formulario de autoatestación para ingreso por proyectos especiales
- Carta(s) actual(es) de asignación de la Administración de Asuntos de Veteranos
- Declaración actual de manutención infantil o sentencia de divorcio
- Como constancia actual de depósito directo de ingreso fijo se debe proporcionar un documento que contenga el monto del ingreso bruto
- Persona que actualmente es autónoma: Formulario de declaración de impuestos 1040 del año anterior con todos los anexos
- (copia verificada de una transcripción del IRS)
- Carta de apoyo actual, si está desempleado/no tiene una fuente de ingreso y vive con un familiar o amigo
- Resumen de cuenta bancaria actual, si vive de sus ahorros y no tiene otra fuente de ingreso; debe proporcionar los resúmenes de cuenta bancaria más recientes
- Ingreso por pensión alimentaria o manutención conyugal
- Constancia de asistencia del estado, como la siguiente: SNAP, WIC o TANF

## Información sobre recursos/activos (además de los documentos que se mencionan arriba)

- Declaración de impuestos más reciente (para personas autónomas, consulte a continuación\*)  
Si no presentó una declaración de impuestos para el año más reciente, será necesario obtener una declaración del IRS mediante el mismo método que la transcripción del IRS para confirmar.
- Las declaraciones de ganancias y pérdidas más actuales (al menos 2 trimestres), en el caso de dueños de empresas.
- El impuesto sobre la renta más reciente de una empresa si el solicitante posee más del 5% de una sociedad o empresa.
- Los estados de cuenta más recientes de cada cuenta corriente, cuenta de ahorro, cuentas de fondos mutuos/mercado de valores, cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Account, IRA), cuentas de Certificado de depósito (CD) y cualquier otra cuenta de valores o cuentas de inversión.
- Resúmenes de cuenta más recientes de acciones, bonos, etc.
- Documentos de evaluación del distrito de todos los bienes inmuebles, sin incluir el bien de familia. Documentos que contengan información financiera con el saldo pendiente de pago de hipotecas o préstamos para determinar el valor neto.
- Toda información sobre los vehículos a motor, incluidos automóviles, camiones, casas rodantes, motocicletas, botes, vehículos todo terreno y aeronaves que estén en su hogar.

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo y su dirección al momento de recibir servicio médico y la demás información solicitada en esta sección.

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) del servicio \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_

Teléfono de domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado ¿Es residente legal de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Tenía seguro médico (sin ser Medicaid) al momento de su atención? Si la respuesta es sí, brinde la información del seguro y una copia de su tarjeta de seguro.  Sí  No

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva desde la que está asegurado: \_\_ / \_\_ / \_\_

Nombre del abonado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del abonado: \_\_ / \_\_ / \_\_

Número de identificación del abonado: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES

Brinde su información de ingresos, la de su cónyuge y del resto de los familiares (si aplica).

Fuente de ingreso mensual	Ingreso bruto mensual actual		Ingreso familiar total durante los 3 meses previos a la fecha de atención	Tipo de documento de verificación adjunto – se requiere una prueba de ingresos para procesar su solicitud
	Paciente	Cónyuge / Otro		
Salario / trabajo independiente, pensión alimenticia y manutención.	\$	\$	\$	Copia de los comprobantes de pago más recientes o cartas de adjudicación de ingreso (de los tres meses previos)
Seguridad Social	\$	\$	\$	Carta de adjudicación de la Seguridad Social
Jubilación, dividendos, intereses, ingresos por renta	\$	\$	\$	Carta de prestaciones jubilatorias, declaración de dividendos / intereses
Seguro de desempleo, seguro de indemnización por accidentes del trabajador	\$	\$	\$	Carta de prestaciones por desempleo, carta de prestaciones por seguro de indemnización por accidentes del trabajador

**NOTA: Si indicó ingresos \$ 0, explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubre sus necesidades básicas:**

---

---

---

**(Debe proporcionar un documento probatorio.)**

### **SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR**

Indique el nombre de todos los miembros del hogar que hayan sido incluidos en la declaración de renta federal más reciente y su fecha de nacimiento.

Brinde la siguiente información de todos los familiares directos que viven en su casa. A los efectos de esta póliza, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, sus padres naturales o adoptivos y los hijos (naturales o adoptivos) de sus padres menores de 18 años que vivan en la casa del paciente.

<b>Nombre de los miembros de la familia, incluyendo al paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Parentesco con el paciente</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Al firmar a continuación certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es cierto.**

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entregue la solicitud completa a:

**University Medical Center Financial Services**

Attn: Financial Counseling

2000 Canal Street

New Orleans, La. 70112

Copias de nuestra política de asistencia financiera, formulario de solicitud y resumen están disponibles en inglés, español y vietnamita.

**AYUDA DE UN TERCERO Y DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N.º de MRN: \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA PENAL, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

Certifico que la información proporcionada para completar este formulario es verdadera. Además, comprendo que, de acuerdo con la ley estatal de Luisiana 1924, proporcionar información falsa es un delito que puede ser considerado "fraude en la atención médica" en un intento por defraudar al hospital en pos de obtener bienes o servicios que incluyen artículos de farmacia.

**APOYO FINANCIERO**

Yo, \_\_\_\_\_, proporcioné \$ \_\_\_\_\_ el mes pasado para el paciente que se menciona a continuación.

**APOYO DE TERCEROS EN CUANTO A CONDICIONES DE VIDA**

Yo, \_\_\_\_\_ (colaborador), brindo hospedaje y comida y otro tipo de ayuda al paciente que se menciona a continuación. La persona no me paga ninguna renta. Debo demostrar mi dirección para que la puedan verificar. Entrego al paciente una factura vigente u otro documento de mi hogar para que les muestre mi dirección actual.

**PAGOS DE TERCEROS para las cuentas de créditos del paciente**

Yo, \_\_\_\_\_ (parte responsable), certifico que soy la persona responsable de los pagos relacionados con los siguientes gastos a nombre del paciente mencionado. Comprendo que debo proporcionar evidencia de los pagos. Envíe con el paciente pruebas documentadas para su evaluación financiera. (Proporcione información adicional en una hoja separada).

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Tipo de préstamo o n.º de préstamo: \_\_\_\_\_

**\*Se requiere firma si el tercero no está presente en el momento de la evaluación financiera.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante en  
letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Firma del tercero colaborador

\_\_\_\_\_  
Nombre del tercero colaborador en letra  
de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de UMC

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de UMC  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción del  
formulario