

Solicitud de Asistencia Financiera



gettyimages
oscarhdez



UnityPoint Health

UnityPoint Health® sabe que hay ocasiones cuando nuestros pacientes no pueden pagar por los servicios provistos. Si usted necesita ayuda para pagar por servicios médicos, usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera de UnityPoint Health.

Para ver si califica, por favor siga las siguientes instrucciones:

Si usted ya recibe ayuda de programas estatales (como estampillas alimenticias o WIC), llene la primera página de la solicitud y envíe documentos comprobando que participa en esos programas. Para el programa de WIC, necesitamos copias de su carpeta y cheque mostrando fecha actual. Para el programa de estampillas alimenticias, necesitamos una copia de su carta de aprobación con fecha actual. Documentos con fechas ya vencidos no serán aceptados. Teniendo esa prueba, es posible que automáticamente sea elegible para participar en nuestro programa. No se le olvide firmar la segunda página de su aplicación.

Asegúrese de llenar completamente todas las secciones en la primera página de la solicitud, y que de información completa de todas las personas que viven en su casa. Si no provee la información completa, su solicitud no puede ser procesada. Toda información que recibimos se mantendrá confidencial.

Le podemos ayudar con este formulario si tiene preguntas.

- Si está en el hospital, pregunte por alguien en Patient Registration.
- Si usted está en su casa o en la clínica, hable con la persona que le dio la solicitud.

Notas Importantes

Es probable que nuestros compañeros de equipo traten de averiguar si usted es elegible para otros programas de asistencia federal o estatal antes de procesar su solicitud para asistencia financiera de UnityPoint Health.

Asistencia financiera es disponible solamente para servicios médicamente necesarios provistos por organizaciones y médicos de Iowa Health System, tal y como se define en las Normas de Asistencia Financiera de UnityPoint Health. Si usted desea informarse más acerca de estas normas, visite unitypoint.org/fap.

Si tiene más preguntas acerca de su cuenta, por favor llame al número telefónico indicado en la factura para hablar con el hospital, la clínica, o el centro de cuidado a domicilio que le proveyó la atención.

Llene Todas Las 3 Secciones

1. Solicitud para asistencia financiera

Llene completamente el formulario adjunto. Por favor recuerde firmar en la parte inferior de la página dos.

Usted sólo necesita llenar un formulario por todas las personas que viven en su casa.

2. Prueba de ingresos de todas las personas que viven en su casa:

Envíe copias de todos los documentos aplicables de la lista a continuación:

- Declaración de impuestos del año pasado
- Si usted trabaja: un talón de cheque que incluya los ingresos hasta la fecha sus últimos tres talones de cheques
- Si usted trabaja por su cuenta: la hoja de balance y un estado de ingresos
- Si usted no tiene trabajo: un reclamo de desempleo Y el último comprobante de pago de su último trabajo
- Una carta con la cantidad mensual de pensión que recibe
- Una carta con la cantidad de ingresos por incapacidad
- Una carta con la cantidad de ingresos que recibe del seguro social
- Una prueba de ingresos por alquiler
- Una prueba de ingresos por manutención de niños
- Una prueba de ingresos de pensión por divorcio
- Si NO tiene fuente de ingresos, una carta de la persona que lo/a mantiene

3. Prueba de los bienes de todas las personas que viven en su casa:

Envíe copias de todos los documentos aplicables descritos a continuación:

- Los últimos tres meses de cuentas bancarias
- Estados de cuenta de inversiones (401-K, cuenta de jubilación individual, cuentas de inversiones, cuentas de ahorro para gastos médicos)



Usted puede experimentar un retraso en el procesamiento de su solicitud si la información no es proporcionada.

- Prueba de TODOS los ingresos en el hogar para las personas mayores de 21 años de edad
- 3 meses de cuentas bancarias, cheques/ahorros, TODAS las páginas
- La declaración de impuestos 1040 del año pasado con TODOS los horarios

Nombre del paciente

Nombre _____ Teléfono _____
 (Apellido) (Primer) (Inicial)
 Dirección _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 (Calle)
 _____ Núm. de Seg. Social _____ Estado civil _____
 (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Persona responsable por el pago

Empleo Personal

Nombre _____ Empleador _____
 (Apellido) (Primer) (Inicial)
 Dirección _____ Dirección _____
 (Calle)
 _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)
 Teléfono _____ Teléfono _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Puesto _____
 Núm. de Seg. Social _____ Estado civil _____ Estatus laboral: PT FT Promedio de horas semanales _____

Espeso/a o persona responsable del pago

Empleo Personal

Nombre _____ Empleador _____
 (Apellido) (Primer) (Inicial)
 Dirección _____ Dirección _____
 (Calle)
 _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)
 Teléfono _____ Teléfono _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Puesto _____
 Núm. de Seg. Social _____ Estado civil _____ Estatus laboral: PT FT Promedio de horas semanales _____

Otra Información

Escriba todos los nombres de quienes viven en su casa

Nombre	Relación	Núm. Seg. Social	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Segundo empleador de la persona responsable y/o esposo/a

Empleador _____
 Dirección _____
 (Calle)
 _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)
 Teléfono _____
 Puesto _____
 Estatus laboral: PT FT Promedio de horas semanales _____



Todas las columnas deben ser completadas.

Ingresos			
Fuente de Ingresos <i>(debe proporcionar documentación)</i>	Cantidad que recibe	¿Con qué frecuencia?	Nombre de la persona que lo recibe
Ingreso laboral			
Seguro Social			
Manutención de niños/Pensión por divorcio			
Pensión/Comp/Desempleo			
Intereses/Dividendos			
Otro (Explique)			
Bienes			
Clasificación	Balace de la cuenta	Descripción	
Cuenta de cheques - proporcione 3 meses			
Cuenta de ahorros - proporcione 3 meses			
Acciones/Bonos/Certificados de depósito			
401 (K)/ Cuenta de jubilación individual/ Cuenta de ahorros para gastos médicos			
Residencia primaria (valoración)			
Otra propiedad de la que es dueño			
Suma de todos los bienes			
Gastos			
Clasificación	Cantidad total que debe	Pagos mensuales	Descripción
Pago de hipoteca			
Renta (pago mensual)			
Utilidades (electricidad, agua, etc.)			
Cuentas médicas			
Pensión por Divorcio/ Manutención de niños			
Medicamentos con receta			
Préstamos bancarios (auto)			
Préstamos bancarios (personal, préstamos para estudio, etc.)			
Seguro (auto, médico, etc.)			
Deuda de tarjetas de crédito			
Otro (explique)			
Suma de todos los gastos			

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Certifico que toda la información es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Comprendo que el proveer afirmaciones, estados de cuenta, o documentos falsos o delusorios, o el ocultar hechos materiales, puede resultar en la cancelación inmediata de arreglos previamente acordados. Por la presente concedo autorización a UnityPoint Health, sus afiliados y representantes para que investiguen la información presente.

También acuerdo notificar a UnityPoint Health de cualquier cambio en mi situación financiera que pudiera impactar esta determinación.

Firma de la persona que prepara el documento

Fecha

Firma del esposo/a

Fecha

Su aplicación llena y todos los documentos necesarios * puede ser enviados por:

Correo:

UnityPoint Health - Central Billing Office
Attn: FA Team
6200 Thornton, Suite 100
Des Moines, IA 50321

**No envíe documentos originales. Envíe copias solamente. Los documentos serán destruidos después de escanear.*

Correo electrónico:

FA_CBO_Request@unitypoint.org

Fax: (515) 362-5055

Escriba: "FA Application" en la hoja de portada del fax.