



Gracias por elegir UK HealthCare para sus necesidades de atención médica.

UK HealthCare se enorgullece de su larga historia de prestación de servicios sanitarios a la Mancomunidad de Kentucky. Nuestro programa de asistencia financiera alivia la carga financiera de la atención médica médicamente necesaria. Está disponible para pacientes y familias con un ingreso familiar igual o inferior al 300% de la Guía Federal de Pobreza para el tamaño de su familia. Nos complace presentarle esta solicitud para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia con sus servicios médicos en UK HealthCare.

Requerimos que complete la solicitud adjunta y proporcione todos los documentos de respaldo requeridos para determinar su elegibilidad. Todas las páginas de los documentos de respaldo deben tener el nombre y la fecha de nacimiento del solicitante en la parte superior de cada documento. Si el número de historia clínica del paciente está disponible, incluya esa información junto con el nombre y la fecha de nacimiento. Devuelva la solicitud firmada, la completada y los documentos de respaldo a través de USPS Upload a través de My UKHC Chart en <https://ukhealthcare.uky.edu/mychart>, o envíela por fax seguro al 859-257-8071. **La falta de devolución de una solicitud completa dentro de los 21 días posteriores a la fecha de la solicitud con toda la documentación de respaldo, incluido el nombre y la fecha de nacimiento en cada documento, puede retrasar una decisión o resultar en la denegación de la solicitud.** Nota: Los solicitantes que son elegibles para Medicaid deben presentar una solicitud antes de que podamos considerar la solicitud de asistencia financiera. Durante el proceso de solicitud, todas las operaciones normales de facturación continuarán.

Descargo de responsabilidad para la asistencia financiera

La aprobación de la asistencia financiera no garantiza la cobertura de todos los servicios; Todos los Servicios están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la Política de Asistencia Financiera. Si se aprueban, los ajustes solo se aplicarán a las cuentas dentro de los parámetros de la política.

Documentos requeridos

- Solicitud de Asistencia Financiera completada y firmada
- Comprobante de ingresos brutos y saldos de cuentas bancarias para cada miembro del hogar O comprobante de no tener ingresos. Ingresos brutos es el ingreso antes de impuestos, seguros y cualquier otra deducción.

Por favor, no envíe los documentos originales, ya que es posible que no podamos devolverlos. Todos los registros financieros después de las imágenes electrónicas en nuestro sistema de salud electrónico seguro y cualquier documentación requerida no identificable se destruyen. Hacemos todo lo posible para identificar cada documento que recibimos. Para evitar destruir su documentación sin adjuntarla a su solicitud, registre la información identificable del paciente en cada hoja de documentación poniendo el nombre y la fecha de nacimiento del paciente.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestra conveniente línea telefónica al 859-323-9898 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Gracias por elegir UK HealthCare para sus necesidades médicas.

Pautas Federales de Pobreza 2024				
El apoyo financiero depende de dónde se encuentren los ingresos del hogar dentro de este gráfico. Llámenos o comuníquese con nosotros a través de MyChart para conocer la elegibilidad para la evaluación.				
	Límite de Medicaid para adultos Medicaid tradicional	Medicaid Ampliada Límite para adultos	Límite de Medicaid para Los niños y el embarazo	Financiero del Reino Unido Programa de Asistencia
Tamaño del hogar	0%-100% FPL	101%-138% FPL	Hasta el 200% del FPL	Hasta un 300% de FPL
1	\$15,060.00	\$20,783.00	\$30,120.00	\$45,180.00
2	\$20,440.00	\$28,207.00	\$40,880.00	\$61,320.00
3	\$25,820.00	\$35,632.00	\$51,640.00	\$77,460.00
4	\$31,200.00	\$43,056.00	\$62,400.00	\$93,600.00
5	\$36,580.00	\$50,480.00	\$73,160.00	\$109,740.00
6	\$41,960.00	\$57,905.00	\$83,920.00	\$125,880.00
7	\$47,340.00	\$65,329.00	\$94,680.00	\$142,020.00
8	\$52,720.00	\$72,754.00	\$105,440.00	\$158,160.00



Solicitud de Asistencia Financiera de UKHC

Numero de registro Medico si lo Conoce # _____

INSTRUCCIONES: POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJES NADA EN BLANCO. SI NO SE APLICA, ESCRIBA "NINGUNO". SE LE PEDIRÁ QUE PROPORCIONE LA DOCUMENTACIÓN APLICABLE A LO LARGO DE LA SOLICITUD. ASEGÚRESE DE VERIFICAR LOS DOCUMENTOS QUE VA A ENVIAR. POR FAVOR, ENVÍE COPIAS SOLAMENTE. SIN GRAPAS.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de Seguro Social: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ ¿Eres residente de KY? Sí No
 ¿Está usted en los Estados Unidos con una Visa, vencida o no? Sí No ****En caso afirmativo, proporcione una copia de la Visa**
 Situación laboral: Empleado Desempleado Autónomo Jubilado Deshabilitado Estudiante
 Empleador: _____ Número de teléfono: _____
 ¿Eres considerado? Ciego Deshabilitado Mayores de 65 años Embarazada Menor de edad o ¿Tiene hijos menores de edad en el hogar? N/A

II. CÓNYUGE-Si está casado /Padres(s) o Tutor(es) legal(es)-si el paciente es menor de edad / No aplicable

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 UKHC MR# _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono# _____
 Situación laboral: Empleado Desempleado Autónomo Jubilado Deshabilitado Estudiante
 Empleador: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 UKHC MR# _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono# _____
 Situación laboral: Empleado Desempleado Autónomo Jubilado Deshabilitado Estudiante
 Empleador: _____ Número de teléfono: _____

III. Miembros del hogar e ingresos : Proporcione recibos de sueldo/comprobantes de ingresos del mes anterior empezando por usted e incluyendo a todos los miembros de hogar. Ejemplos de tipos de ingresos; Ingresos De Empleo, Ingresos De Pensión, Seguro Social, Seguro Social Por Incapacidad, Ingresos Por Asistencia Social, Compensación Por Desempleo, Guardia/Reserva Militar, Beneficios de Compensación Para Trabajadores, Ingresos por alquiler, Pensión alimenticia, Intereses/Dividendos, Ayuda Financiera/Becas de escuela.

Nombre del miembro del hogar	Edad/Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Fuente/Tipo de Ingreso y Monto 1	Fuente/Tipo de Ingreso y Monto 2	Fuente/Tipo de Ingreso y Monto 3
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

Se solicita al hogar que proporcione copias de todos los estados de cuenta bancarios de cuentas corrientes, de ahorros y/o del mercado monetario de los tres (3) meses anteriores O que complete el Estado de cuenta certificado de no tener cuenta bancaria.

	Nombre del banco	Equilibrar
Cuentas de cheques	_____	\$ _____
Cuentas de Ahorro	_____	\$ _____
Fondos fiduciarios	_____	\$ _____
Acciones/bonos	_____	\$ _____
Cuentas del mercado monetario	_____	\$ _____
Fondos Mutuos	_____	\$ _____
Tarjeta de débito SSI/SSDI/Seguro Social	_____	\$ _____

Solicitud de Asistencia Financiera de UKHC

Numero de registro Medico si lo Conoce # _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Complete la Declaración de declaración jurada a continuación para pacientes u hogares sin una cuenta de cheques, de ahorros, Direct Express o tarjeta prepagada. Además, los hogares deben proporcionar un mes de recibos por usar un servicio de cambio de cheques o pagar facturas de servicios públicos en efectivo.

Estado de cuenta certificado de no tener cuenta bancaria (cuentas corrientes, de ahorros o de débito para depósitos, solo cuentas)

Este documento de declaración firmado y certificado se utiliza para verificar _____
(Nombre del solicitante) no tiene una cuenta corriente o de ahorros con ninguna institución financiera.

Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación con el paciente

Descargo de responsabilidad para la asistencia financiera

La aprobación de la asistencia financiera no garantiza la cobertura de los servicios; Todos los Servicios están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la Política de Asistencia Financiera. Si se aprueban, los ajustes solo se aplicarán a las cuentas dentro de los parámetros de la política y a los servicios que no se consideren una exclusión.

Certifico firmando a continuación que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información falsa o retenida resultará en la revocación de cualquier ajuste de asistencia financiera y los cargos pasarán a ser responsabilidad del paciente/garante.

Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación con el paciente

For Office Use Only: UK HealthCare Employee: _____ Interpreter/CryaCom Representative Name or ID# _____	
Patient MRN# _____ Additional Household Members: 1. Name _____ MRN# _____ 2. Name _____ MRN# _____ 3. Name _____ MRN# _____ 4. Name _____ MRN# _____ 5. Name _____ MRN# _____ 6. Name _____ MRN# _____	