



**UK HealthCare Financial Assistance Application**  
**Programa de Asistencia Financiera**

Medical Record Number/No. de Cuenta: _____		Today's Date/Fecha: ____/____/____	
Date(s) of hospital service provided or to be provided/ Fecha(s) que fue atendido o será atendido: ____/____/____ ---- ____/____/____			
<b>A</b>	Patient Name/Nombre del paciente: (Last/Apellido), (First/Nombre), (MI)	Social Security Number/Número de seguro social	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Phone/No. de teléfono		Work Ph./No. de teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Single/Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Minor/Menor <input type="checkbox"/> Divorced/Widowed/Divorciado/Enviudado
Address/Dirección (Street/No. y calle) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip/Código postal)			How Long/Cuánto tiempo Yr./Año/s: Mo./Meses:
<b>Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):</b>	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:
<b>B</b>	Spouse(Esposo)/Parent(Padres)/Guardian(Tutor Legal) Name (Last/Apellido),(First/Nombre),(MI)	Social Security Number/ Número de seguro social	Relationship to Patient/ Relación con el paciente:
Phone/No. de teléfono		Address/Dirección:(Street/No. y calle),(City/Ciudad),(State/Estado),(Zip/Código postal)	
How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:		How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:	
<b>Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):</b>	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:
<b>C</b>	Co-Guarantor/Tutor Legal (Last/Apellido), (First/Nombre), (MI)	Social Security Number/ Número de seguro social	Relationship to Patient/ Relación con el paciente:
Phone/No. de teléfono		Address/Dirección:(Street/No. y calle),(City/Ciudad),(State/Estado),(Zip/Código postal)	
How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:		How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:	
<b>Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):</b>	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: Mo./Meses:
<b>D Household Members – Each Person living in the Household/Integrantes del Hogar – Todas las personas que viven en la casa</b>			
<b>Name/Nombre</b>		<b>Employment Status/¿Trabaja esta persona?</b>	<b>Relationship/ Relación con el paciente</b>
<b>Age/Edad</b>			
<b>E Monthly Gross Family Income*/Salario Mensual del Hogar*</b>			
(a) Patient/Paciente: \$	(b) Spouse(esposo)/ Co-Guarantor(Tutor Legal): \$	(c) Retirement(Retiro)/ Pension(Pension): \$	(d) Social Security (Seguro social/discapitado): \$
(e) Child Support (Manutención del hijo): \$	(f) Unemployment/Desempleo: \$	(g) AFDC / TANF / Welfare: \$	(h) Alimony/Manutención del esposo: \$
(i) Workers Comp Benefits/ Compensación de trabajadores: \$	(j) Rental Property or Lease/ Propiedades de renta: \$	(k) Guard (Guarda) / Reserves (Reserva) / Military (Militar): \$	(l) Interest (Interés) / Dividends (Dividendos): \$
(m) List Other Income / Assistance, Grants, Financial Aid and Scholarships please describe/Otros ingresos/ Asistencia, Favor de notar y describir::			
\$ _____		\$ _____	
\$ _____		\$ _____	
<b>TOTAL (a – m) \$ _____ × 12 months (meses) = Annual Gross Income/ Salario total anual</b>		<b>Total Income/ Salario total: \$ _____</b>	
<b>F Countable Resources/Recursos Contables</b>			
	<b>Bank Name/Nombre de Banco</b>	<b>Balance/Value (Valor)</b>	
Checking/Cuenta corriente		\$	
Savings/Cuenta de ahorros		\$	
Certificate of Deposit/Certificado de Depósito		\$	
Money Market (Mercado de Valores), Mutual Funds (Fondo Mutuo)		\$	
Stocks (Acciones), Bonds (Inversiones), Other (Otros)		\$	
<b>Total Health Bills Owed( Balance de todas las cuentas médicas): \$ _____</b>		<b>Total Resources (Recursos Totales): \$ _____</b>	
*Note* Countable resources are reduced by unpaid medical expenses of the family unit to establish eligibility. *Nota* Los recursos contables son reducidos por gastos médicos impagados de la familia para establecer elegibilidad			

Household Size	Resource Limit	2021 Federal Poverty Guidelines	Número de Integrantes de la Familia	Limite de Salario	2021 (Limite del Salario Anual)
1	\$2,000.00	\$12,880.00	1	\$2,000.00	\$12,880.00
2	\$4,000.00	\$17,420.00	2	\$4,000.00	\$17,420.00
3	\$4,050.00	\$21,960.00	3	\$4,050.00	\$21,960.00
4	\$4,100.00	\$26,500.00	4	\$4,100.00	\$26,500.00
5	\$4,150.00	\$31,040.00	5	\$4,150.00	\$31,040.00

**\*Note:** Income limits are effective as of April 1, 2021  
 All income of a family unit is to be counted. A family unit includes:  
 a. the individual  
 b. the individual's spouse who lives in the home  
 c. a parent or parents, of a minor child, who lives in the home  
 d. all minor children who live in the home  
 Related and non-related household member(s) who do not fall into one of the groups listed above are considered a separate family unit.  
 \*Countable resources are limited to cash, checking and savings, stocks, bonds, certificates of deposit, and money market accounts  
 \*Countable resources may be reduced by unpaid medical expenses of the family unit to determine eligibility

**\*Nota:** Los limites de salario son efectivos el 1 de abril de 2021. Todos los ingresos de la unidad familiar deben ser contados. Una unidad familiar incluye:  
 a) el individuo  
 b) el/la esposo/a del individuo que vive en el hogar  
 c) el padre o los padres de un niño menor de edad  
 d) que vive en el hogar todos los niños menores de edad que viven en el hogar  
 Considerarán a los miembros relacionados y no relacionados de la casa que no califican en uno de los grupos mencionados arriba como una familia separada..  
 \*Los recursos contables son limitados a una cuenta corriente y/o ahorros, acciones, inversiones, certificados de depósito y cuentas de mercado de valores  
 \*Los recursos contables puede ser reducidos por gastos médicos impagados para determinar elegibilidad.

**If you have insurance you can only qualify for financial assistance if your Annual Income Limit is 138% or less of the federal poverty level (Medicaid Spend Down and Medicaid co-pays are excluded). If your limit is over 138% of the poverty level we will be glad to work with you on a payment plan. We offer additional levels of financial assistance to our non-insured patient for those services covered under our financial assistance policy. If you have questions or concerns about your financial assistance applications please call (855) 211-4707**

**Si el paciente tiene seguro médico, solo puede calificar por asistencia financiera si su salario anual es el 138% o menos del nivel de pobreza federal (la tarjeta Medicaid Spend down y los co-pays de Medicaid son excluidos). Si su salario anual es más del 138% del nivel de pobreza federal estaremos disponibles para ayudarlo con un plan de pagos. Nosotros ofrecemos niveles adicionales a los pacientes sin seguro médico para aquellos servicios cubiertos en nuestra póliza de asistencia financiera. Si usted tiene preguntas o quiere el estatus de su solicitud de asistencia, por favor llamar (855) 211-4707.**

**\*Are you (the patient) a resident of Kentucky? "Resident" is defined as a person living in Kentucky and who is not receiving public assistance in another state.**  Yes  No

**¿Usted, el paciente, es residente de Kentucky? Un "Residente" se define como una persona viviendo en Kentucky y quien no está recibiendo asistencia pública del otro estado.**  Si  No

**\*Are you (the patient) (Please select all that applies)**  
 BLIND,  DISABLED,  OVER AGE 65,  PREGNANT,  
 a MINOR CHILD or  have MINOR CHILDREN IN THE HOME?  
**\*If yes, you must contact the Department for Community Based Services in the county of your residence to apply for Medicaid.**

**\* Por Favor  todos que le corresponden. ¿Es el paciente**  
 CIEGO,  DISCAPACITADO,  MAYOR DE 65 Años,  EMBARAZADA,  
 UN MENOR DE EDAD o  TIENE HIJOS MENORES DE EDAD EN EL HOGAR? Si la respuesta es SI, usted deberá comunicarse con el Department for Community Based Services (DCBS) en el condado que vive para solicitar Medicaid.

**If an individual claims to be permanently and totally disabled, refer the individual to both DCBS to apply for Medicaid and to the Social Security Administration to apply for SSDI/SSI.**

**Si un individuo confirma que es permanentemente y totalmente discapacitado, por favor referir al individuo a DCBS para aplicar para Medicaid y tambien la Oficina de Administracion del Seguro Social para aplicar para SSDI/SSI.**

**\*Was the date of service related to an auto accident?**  Yes  No

**\*La fecha del servicio fue debida a un accidente de auto?**  Si  No

**Comments:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Comentarios:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**\*I (we) hereby authorize the UK HealthCare (UKHC) to verify the information I have provided above. UKHC may verify employment and wages earned by contacting my employer or others. UKHC may obtain a financial credit report. I certify that the information provided on this application is correct and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that if I give false information or withhold information in accepting assistance, I may be subject to prosecution for fraud. I understand that a financial assistance application can be completed upon admission or at any time during the collection process up to when litigation begins or my account is transferred to a collection agency. UKHC reserves the right to make every reasonable attempt to collect from insurance companies or other third parties.**

**\*Yo (Nosotros) autorizo a la Universidad de Kentucky HealthCare (UKHC) a verificar la información que he proveído en este formulario. UKHC podría comunicarse con mi empleador u otros para verificar mi salario. UKHC podría solicitar un reporte de mi crédito. Yo certifico que la información proveída en este formulario es correcta. Yo entiendo que si doy información falsa u oculto información para obtener asistencia financiera, podré ser acusado de fraude. Entiendo que el formulario para asistencia financiera podrá ser completado al ser admitido en el hospital o en cualquier momento durante el proceso de cobranza hasta que el litigio comience o mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza. La UKHC se reserve el derecho de realizar todo intento razonable de cobranza a las compañías de seguro médico o a terceras partes.**

**Signature (Firma): \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_ UK HealthCare Employee: \_\_\_\_\_**