

ASUNTO: Solicitud de asistencia financiera

Estimado/a: Paciente

De acuerdo con su misión de mejorar la salud de la comunidad y del estado de Texas, UT Southwestern Medical Center (UTSW) provee atención a los pacientes más vulnerables de la comunidad, incluidos aquellos con problemas financieros. Adjuntamos la Solicitud de asistencia financiera de UTSW. La solicitud completada nos permitirá revisar su cuenta para considerar brindarle asistencia financiera. A fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, necesitamos la siguiente información: (Para conocer los tipos de documentos aceptables, consulte la [Lista de documentos requeridos](#))

- Verificación de ingresos
- Verificación del tamaño del grupo familiar
- Verificación de residencia
- Verificación de identidad

Es posible que UT Southwestern necesite compartir una cantidad limitada de su información médica para obtener o realizar el pago de los servicios de atención médica que usted reciba. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad o visite nuestra Oficina de Privacidad sobre la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) en línea en www.utsouthwestern.edu/about-us/administrative-offices/compliance/hipaa.

Complete todos los elementos de la solicitud. Si necesita espacio adicional para realizar aclaraciones o comentarios, utilice el dorso de la solicitud. Si tiene dificultad para completar esta solicitud o si tiene dudas sobre alguna sección, llame al Departamento de Asistencia Financiera de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 469-291-2000 o a la línea gratuita 866-648-2455.

Es importante que complete esta solicitud cuando la reciba y que la devuelva con todos los documentos requeridos en un plazo de 15 días. Puede enviar la Solicitud de asistencia financiera completada y la documentación de respaldo a FinancialAssistance@UTSouthwestern.edu o por correo a:

UT Southwestern Medical Center (Mail Code 9233)
Attn: Financial Assistance
P.O. Box 36423
Dallas, Texas 75235-9662

Se agradece su cooperación. La presentación de la solicitud completada y de la documentación requerida no garantiza la aprobación de la asistencia financiera ni la exención de su responsabilidad ante el saldo de su cuenta.

Atentamente.

Oficina de Asistencia Financiera
UT Southwestern Medical Center

Lista de documentos requeridos

Los documentos que presente de cada categoría indicada a continuación deben tener una fecha dentro de los últimos 60 días. La documentación solicitada se aplica al solicitante y a todas las personas de su grupo familiar. Es posible que le soliciten presentar documentación adicional.

Ingresos

(Se requiere 1 elemento; es posible que se le solicite presentar documentación adicional)

- Últimos 4 recibos de sueldo (requeridos para las personas empleadas)
- Estado de cuenta bancaria de cheques y de ahorros de los últimos 2 meses
- Formulario de verificación de empleo completado por el empleador, con membrete de la compañía, por escrito o enviado por fax
- Indemnización laboral
- Carta de otorgamiento o de denegación de beneficio por desempleo
- Carta de otorgamiento del Seguro Social
- Ingresos por retiro, pensiones, certificados de depósito (CD, por sus siglas en inglés), cuenta de retiro individual (IRA, por sus siglas en inglés), formulario 1099 de impuesto federal sobre la renta
- Declaración de impuesto sobre la renta del año anterior a la fecha de la solicitud (requerida para los trabajadores por cuenta propia con todos los anexos)
- Registros de trabajo personal o por jornada (corte de césped, trabajos de pintura, cuidado de niños, limpieza doméstica)
- Orden del tribunal de manutención infantil/pensión alimenticia

Grupo familiar

(Se requiere 1 elemento; es posible que se le solicite presentar documentación adicional)

- Declaración de impuesto sobre la renta del año anterior a la fecha de la solicitud
- Las personas casadas necesitan la verificación de los ingresos del cónyuge
- Las personas separadas necesitan una carta de separación certificada por notario con documentación de domicilios por separado correspondiente a 2 años
- Registros del gobierno local, estatal o federal
- Tutela/patria potestad ordenada por el tribunal
- Certificado de estudios/registros escolares del estudiante

Residencia

(Se requiere 1 elemento; es posible que se le solicite presentar documentación adicional)

- Facturas de servicios públicos o registros de empresas de servicios públicos
- Recibo del pago de la renta o declaración del propietario sin vínculo familiar
- Recibo del pago de la hipoteca o declaración de la compañía hipotecaria
- Licencia de conducir válida de Texas o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública de Texas
- Tarjeta de registro de votante
- Registros oficiales que confirmen la titularidad de una propiedad
- Correspondencia comercial con el nombre y la dirección del grupo familiar

Nota: La correspondencia enviada a una casilla postal no puede utilizarse como prueba de residencia.

Identidad (ID, por sus siglas en inglés)

(Se requiere 1 elemento)

- Licencia de conducir emitida por el Estado del territorio
- Tarjeta de identificación emitida por el gobierno local, estatal o federal
- Identificación de empleo
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta militar o registro de reclutamiento de los EE. UU.
- Tarjeta de identificación del dependiente militar
- Tarjeta de marino mercante del Servicio de guardacostas de los EE. UU.
- Pasaporte
- Matrícula consular emitida por el gobierno de México
- Expedientes del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU.

Lista de documentos requeridos

Otros/Activos

(Cualquier información sobre los siguientes elementos; es posible que se le solicite presentar documentación adicional)

- Cuenta de cheques/Cuenta de ahorros
- Resoluciones de seguros/demandas
- Bienes inmuebles/Propiedades arrendadas
- Acciones/Bonos/Certificados de depósito
- Retiro (incluidas las cuentas de retiro individual [IRA])
- Recursos de patrocinador de extranjeros
- Cartas de determinación de cualquier organización que provea apoyo o asistencia, como Parkland Health and Hospital System, John Peter Smith Hospital, otros programas de atención médica para indigentes del condado o servicios del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos, por sus siglas en inglés) (SNAP, MEDICAID)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El servicio fue provisto por (marque todas las opciones que correspondan):

Hospital y clínicas de UTSW UTSW Cancer Center UTSW Infusion Center

ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de expediente médico	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Número de teléfono alternativo
Dirección postal (calle, casilla postal o servicio postal rural gratuito [RFD, por sus siglas en inglés])	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección particular (si es diferente de la dirección postal)				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado (se requiere documentación de domicilios por separado correspondiente a 2 años)				

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. Si la pregunta no corresponde, escriba "NC". Esta solicitud la debe completar el paciente u otra persona en nombre de él.

1. Complete todos los espacios en blanco correspondientes a las personas que viven con usted (paciente), independientemente de que las considere o no como integrantes del grupo familiar.

Apellido	NOMBRE		EDAD	RELACIÓN	CASADO		ESTUDIANTE		EMPLEADO		DISCAPACITADO		N.º de SEGURO SOCIAL
	Primer nombre	Segundo nombre			S	N	S	N	S	N	S	N	
				PACIENTE									

2. ¿Usted (paciente) u otra persona de su familia tienen cobertura actualmente de un seguro médico privado?.... Sí No
(Si la respuesta es "Sí", complete los elementos siguientes sobre el seguro médico privado)

Nombre de la compañía de seguros	Nombre del asegurado/titular de la póliza
Relación con el paciente	¿Tiene relación con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del empleador

3. Durante los últimos 3 meses, ¿usted (paciente) o alguien que viva con usted han recibido cobertura por una póliza de seguro médico que ya no esté vigente? Sí No
(Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente)

Nombre de la compañía de seguros	Nombre del asegurado/titular de la póliza
Relación con el paciente	¿Tiene relación con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del empleador
Fecha de finalización de la cobertura	¿Tiene derecho a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del administrador de COBRA

4. ¿Alguien que viva con usted (paciente) recibe beneficios de los siguientes programas? (marque "Sí" o "No" en cada tipo de programa)

Asistencia a familias con hijos dependientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cupones para alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficio para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---	--	---	--

5. ¿Su enfermedad le ha impedido a usted (paciente) trabajar? Sí No
(Si la respuesta es "Sí", indique el período previsto de incapacidad para trabajar)

Período

6. ¿Usted (paciente) o alguien que viva con usted tienen trabajo (incluido el trabajo por jornada, el cuidado de niños, etc.) o están recibiendo capacitación para un trabajo? Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete los espacios en blanco para cada persona que esté recibiendo capacitación o esté empleada, incluido el trabajo por cuenta propia)

Nombre de la persona que trabaja	Nombre del empleador/Ocupación	Cantidad de horas por semana	¿Con qué frecuencia le pagan?					Salario/tarifa por hora
			*1	*2	*3	*4	*5	

*1 = diariamente *2 = semanalmente *3 = cada dos semanas *4 = dos veces al mes *5 = mensualmente

7. ¿Usted (paciente) u otra persona de su grupo familiar reciben dinero de las siguientes fuentes?
(Marque "Sí" o "No"; si responde "Sí", indique el monto bruto por mes)

	S	N	Monto
Seguro Social			\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)			\$
Beneficios o pensiones para veteranos			\$
Retiro ferroviario			\$
Otros beneficios o pensiones por retiro			\$
Dinero de inquilinos o pensionistas en su casa			\$
Dinero en efectivo, obsequios o contribuciones de padres, familiares, amigos u otras personas			\$
Cheques por desempleo			\$
Indemnización laboral			\$
Pagos de seguro privado			\$
Beneficios sindicales (incluidos los beneficios por huelga)			\$
Asignaciones militares			\$
Dinero de la renta de casas/apartamentos			\$
Cheques de asistencia social (Asistencia a familias con hijos dependientes o AFDC, por sus siglas en inglés)			\$

	S	N	Monto
Manutención infantil o pensión alimenticia			\$
Dividendos de acciones y bonos			\$
Intereses de cuentas de ahorro o de certificados de depósito			\$
Dinero de regalías o concesiones de minería, de gas o de petróleo			\$
Dinero de otros organismos públicos o privados de asistencia			\$
Dinero de fincas (incluidos los arrendamientos de pastizales, los pagos de Centros de Servicios Agrícolas [ASC, por sus siglas en inglés], la ganadería u otros ingresos relacionados)			\$
Otro tipo de ingreso monetario (incluidos préstamos y todos los pagos únicos [por única vez] que usted recibió)			\$
Préstamos, becas o subsidios para educación			\$
Discapacidad a corto plazo			\$
Discapacidad a largo plazo			\$
Cupones para alimentos			\$
Indique otros ingresos:			
			\$
			\$

8. Indique los gastos mensuales que tiene usted (paciente) a continuación:

	Monto
Pago de la renta o de la vivienda	\$
Servicios públicos (gas, electricidad, etc.)	\$
Teléfono/Cable/Internet	\$
Alimentos	\$
Cuentas de tarjetas de crédito	\$
Pago del automóvil	\$

	Monto
Pagos del seguro del automóvil/de la vivienda	\$
Gasolina	\$
Impuestos, gravámenes especiales	\$
Préstamos	\$
Cuidado infantil	\$
	\$

9. ¿Usted (paciente) o alguien que viva con usted tienen alguno de los siguientes bienes? (Marque "Sí" o "No"; si responde "Sí", indique el valor)

	S	N	Valor
A. Cuenta de ahorros o Cuenta de cooperativa de crédito			\$
B. Cuenta de cheques			\$
C. Dinero en efectivo			\$
D. Acciones, bonos, etc. Año Marca Modelo			\$
E. Derechos mineros o de petróleo			\$
F. Seguro de vida (valor nominal)			\$
G. Seguro de sepelio (valor nominal)			\$
H. Propiedades (bienes inmuebles)			\$
I. Ganado			\$

	S	N	Valor
J. Automóviles, camiones, motocicletas, embarcaciones, etc.			\$

Indique el año, la marca y el modelo de cada vehículo:

Año	Marca	Modelo

10. ¿Actualmente usted (paciente) está solicitando beneficios de Medicaid? Sí No

11. ¿Existen posibles terceros que tengan la responsabilidad de pagar por accidentes/lesiones/enfermedades? (marque "Sí" o "No" para cada uno)

Seguro de automóvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro comercial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro residencial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indemnización laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Víctima de delito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---	--	---	--

(Si respondió "Sí", complete los siguientes datos del seguro automotor/personal/contra terceros)

Nombre de la compañía de seguros		Parte responsable			
Número de reclamo	Fecha de la lesión	Perito/Encargado del caso		Teléfono	

12. ¿Usted (paciente) solicitó asistencia a través del programa para indigentes de su condado? Sí No

Condado

13. Indique cualquier otra información que considere de utilidad a fin de que determinemos su elegibilidad para recibir asistencia en el pago de su factura del hospital.

14. Para conocer los tipos de documentos aceptables, consulte la "Lista de documentos requeridos".

Entiendo que UT Southwestern Medical Center puede verificar la información financiera que contiene esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud, y por este medio autorizo a UT Southwestern Medical Center a comunicarse con mi empleador para certificar la información proporcionada y para solicitar informes de agencias de información crediticia. Tengo conocimiento de que esta información se utilizará con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir la asistencia financiera y que la falsificación de información en esta solicitud puede ocasionar la denegación de la asistencia financiera. Asimismo, entiendo que toda aprobación de asistencia financiera podrá revocarse de manera parcial o total en caso de que exista elegibilidad para el pago o recuperación proveniente de terceros o de otra fuente. Afirmo que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son veraces y correctas a mi leal saber y entender.

Además, entiendo que toda asistencia financiera que yo reciba no se interpretará como una renuncia de los derechos de UT Southwestern Medical Center para aplicar el reembolso de los cargos totales facturados por un hospital o por un médico y que todo reembolso que yo reciba en relación con los servicios provistos por UT Southwestern Medical Center deberá ser enviado a UT Southwestern Medical Center.

Firma del paciente/de la persona responsable (relación con el paciente)

_____/_____/_____
FECHA