

Nombre garante
Dirección garante

Numero de
garante:

Paciente:
Fecha de servicio:

UCI Health

**Formulario de evaluación de
asistencia financiera**

Gracias por elegir UCI Health como su proveedor de atención médica. Según nuestra evaluación financiera, usted no cuenta con seguro médico para pagar su visita. UCI Health ofrece asistencia financiera/beneficencia para nuestros pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Los pacientes cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza serán elegibles para algún tipo de asistencia. Incluimos nuestra solicitud de asistencia financiera/caridad para su revisión.

Se anima a todos los pacientes a solicitar Medi-Cal o cualquier otro tipo de asistencia antes de que se considere la atención benéfica.

Para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera, complete esta solicitud adjunta y proporcione copias de la siguiente lista de documentos a nuestra oficina lo antes posible. Usted es financieramente responsable del saldo pendiente hasta que su solicitud sea revisada y aprobada o rechazada.

- Recibos de sueldo de los últimos 2 meses o declaraciones de impuestos del año anterior o del año actual
- Comprobante de costo médico elevado (consulte la explicación a continuación)
- Otro: _____

Si su saldo representa su responsabilidad después de que su seguro haya pagado, debe proporcionar pruebas de facturas médicas de alto costo. Facturas médicas de alto costo significan todas las obligaciones médicas que haya pagado en los últimos 12 meses; que equivale al 10% o más del ingreso anual de su hogar.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar nuestra solicitud de asistencia financiera, comuníquese con nuestra oficina única de facturación al 833-353-7700, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.

Puede enviar su solicitud completa y sus documentos a UCImcbilling@uci.edu o cargarlos a través de MyChart. Para enviar la solicitud y los documentos por correo, envíelos a:

Programa de quejas de facturas hospitalarias

El programa de quejas de facturas hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el programa de quejas de facturas hospitalarias. Vaya a HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar www.healthconsumer.org para obtener más información

Nombre garante
Dirección garante
Numero de garante
Paciente
Fechas de servicio.



**Formulario de evaluación de
asistencia financiera**

El programa de asistencia financiera de UCI Health brinda asistencia financiera a pacientes con necesidades de atención sanitaria médicamente necesarias que son de bajos ingresos, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria según su situación financiera familiar individual.

Para determinar si un paciente y/o garante califica para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación oportuna nos permitirá revisar su solicitud y determinar rápidamente su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Complete el cuestionario a continuación y devuélvalo con copias de sus talones de pago o declaraciones de impuestos.

Nombre del paciente:

de cuenta UCI Health o # de garante: _____

Su(s) nombre(s) y dirección (incluido el país):

Números de teléfono (marque con un círculo el mejor número durante el día)

Casa:

Trabajo:

Fecha(s) de nacimiento Suyo:

De su cónyuge/garante:

Su empleador o empresa (nombre y dirección) /Empleador o empresa de su cónyuge (nombre y dirección):

Edad y parentesco de los familiares o dependientes que viven con usted y que figuran en su declaración de impuestos (solo dependientes):

Nombre garante:
Dirección garante:
Numero de garante:

Paciente:
Fechas de servicio:



**Formulario de evaluación de
asistencia financiera**

INGRESOS MENSUALES/ANUALES

Proporcione dos meses de fotocopias de recibos de pago.

	Mensual	Anual
Salario (el de usted)	_____	_____
(Cónyuge)	_____	_____
(Otro miembro de la familia)	_____	_____
Declaraciones de impuestos	_____	_____
INGRESOS TOTALES	\$_____	\$_____

- Declaro que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Acepto informar al proveedor de servicios, si hay algún cambio en mis ingresos (o los de mi familia), o en las personas en el hogar o de cualquier cambio de dirección.
- Además, acepto que, a cambio de recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o lesión, reembolsar al hospital las ganancias de cualquier litigio o acuerdo que resulte de dicho acto.
- Entiendo que, si no califico para recibir asistencia financiera, seré responsable de los cargos relacionados con los servicios recibidos y seré elegible para los acuerdos de pago. Puedo apelar la decisión de determinación de caridad por escrito con documentación adicional.

Firma _____

Fecha _____

Cónyuge/garante _____

Fecha _____