

Solicitud de asistencia financiera de UTMC

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir atención GRATUITA o CON DESCUENTO en UT Medical Center. Si desea que se le tome en cuenta para recibir asistencia financiera a través de UTMC, complete la solicitud que se encuentra en la parte posterior de esta lista de verificación. Es importante que complete la solicitud en su totalidad y envíe de vuelta toda la documentación necesaria dentro de los 240 días siguientes a su primer estado de cuenta para ayudar a UTMC a determinar su elegibilidad. Presente su solicitud a UTMC en persona o por correo a:

Correo: **UT Medical Center Financial Assistance Program**
PO Box 32749
Knoxville, TN 37930-2749

Llame a un asesor financiero de UTMC al 865-251-4400 si tiene alguna pregunta.

Los documentos enumerados a continuación nos ayudarán a evaluar su solicitud. Complete este formulario y preséntelo a UTMC junto con toda la documentación requerida que se indica a continuación dentro de los 240 días siguientes al primer estado de cuenta.

Certificación de ingresos:

- ◆ Debe proporcionar uno (1) de los siguientes documentos:
 - ✓ Declaración de impuestos federales más reciente
 - ✓ Formularios W-2 o 1099 recientes
 - ✓ Los dos (2) comprobantes de pago más recientes
 - ✓ Verificación de ingresos por escrito por parte del empleador si le paga en efectivo
 - ✓ Carta(s) de beneficios de la Seguridad Social, en caso de no tener ingresos
 - ✓ Documentación relativa a cualquier otra fuente de ingresos: Pensión, desempleo, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios de la Administración de Veteranos, etc., si procede.
 - ✓ Cualquier otra forma razonable de verificación de ingresos que acepte UTMC
- ◆ Debe proporcionar:
 - ✓ Estado de cuenta bancario más reciente

Otra documentación, si procede:

- ✓ Copia de la sentencia de divorcio
- ✓ Declinación o denegación de cobertura de seguro

Explicación con respecto a cualquier documento que falte:

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DE UTMIC

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SOLICITANTE)

Números de cuenta: _____

Nombre		Fecha de nacimiento	Dirección - calle, ciudad, estado, código postal			
Número de Seguro Social		Teléfono de la casa		Celular		Dirección de correo electrónico
¿Empleado? S o N	Fecha de contratación:	Fecha de desempleo:	¿Empleado independiente? S o N	¿Estudiante? S o N	¿Discapacitado? S o N	¿Jubilado? S o N
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador			

SECCIÓN 2: CÓNYUGE o GARANTE (indique la relación con el paciente): _____

Nombre		Dirección - calle, ciudad, estado, código postal				
Teléfono de la casa		Celular				
¿Empleado? S o N	Fecha de contratación:	Fecha de desempleo:	¿Empleado independiente? S o N	¿Estudiante? S o N	¿Discapacitado? S o N	¿Jubilado? S o N
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador			

SECCIÓN 3: ELEGIBILIDAD PARA SEGURO DE SALUD

SECCIÓN 4: CRITERIO DE PRESUNCIÓN DEL HOSPITAL

¿Estuvo su atención relacionada con un accidente? S o N	¿Ha solicitado Medicaid? S o N	¿Tiene cobertura en virtud de COBRA? S o N		¿No tiene hogar el paciente actualmente? S o N
¿Fue víctima de un presunto delito? S o N	¿Tiene seguro? S o N	Compañía de seguros:	Fecha de entrada en vigor:	¿Es el paciente elegible para Medicaid? S o N
¿Se debió su atención a una lesión relacionada con el trabajo? S o N	¿Tiene seguro secundario? S o N	Compañía de seguros:	Fecha de entrada en vigor:	¿Está el paciente incapacitado mentalmente y no tiene a nadie que actúe en su nombre? S o N
¿Recibe usted servicios públicos estatales como TANF, alimentos básicos o WIC? S o N	¿Ha solicitado un seguro? S o N	Seguro solicitado:	Fecha de solicitud:	¿Ha fallecido el paciente y no tiene patrimonio? S o N

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y EL GRUPO FAMILIAR

Número de personas que viven en el hogar:	Número de dependientes legales:	Edad de los dependientes legales:
---	---------------------------------	-----------------------------------

SECCIÓN 6: SI NO ESTÁ ASEGURADO Y RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN 4, ESTA SECCIÓN NO ES NECESARIA.

SECCIÓN 6A: INGRESOS BRUTOS MENSUALES			SECCIÓN 6B: ACTIVOS			SECCIÓN 6C: GASTOS MENSUALES	
Ingresos:	Paciente/solicitante:	Cónyuge/garante:	Activos:		Valor:	Si no está asegurado y sus ingresos mensuales son inferiores a \$2,000, esta sección no es necesaria.	
Salarios:	\$	\$	Cuenta corriente:	S o N	\$	Vivienda:	\$
Trabajo independiente:	\$	\$	Cuenta(s) de ahorro:	S o N	\$	Servicios públicos:	\$
Seguro Social:	\$	\$	Acciones/Bonos/CD:	S o N	\$	Alimentación:	\$
Pensión o jubilación:	\$	\$	Fideicomiso(s):	S o N	\$	Transporte:	\$
Discapacidad:	\$	\$	Cuentas de ahorro para la salud o de gastos flexibles:	S o N	\$	Gastos médicos:	\$
Desempleo:	\$	\$	401K:	S o N	\$	Cuidado de niños:	\$
Compensación al trabajador:	\$	\$	Vehículo:	S o N	\$	Préstamos:	\$
Asistencia temporal:	\$	\$	Otros vehículos:	S o N	\$	Préstamos:	\$
Manutención infantil:	\$	\$	Bienes inmuebles/propiedad:	S o N	\$	Hipoteca:	\$
Pensión alimenticia o apoyo al cónyuge:	\$	\$	Propietario de un negocio:	S o N	\$	Hipoteca:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otros activos:	S o N	\$	Otros gastos:	\$
Ingreso mensual total:	\$	\$	Valor total de los activos:	\$		Total de gastos mensuales:	\$

Certifico que todo lo que aparece en esta solicitud es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por UTMIC y autorizo a UTMIC a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

Aprobado: S N Motivo: _____ Firma autorizada de UT: _____ Fecha: ____/____/____