

Información de solicitud de asistencia financiera de UPMC

UPMC ofrece asistencia financiera para la atención médica proporcionada por los centros de UPMC y los médicos afiliados a UPMC a personas y familias elegibles. En función de su necesidad financiera, puede disponer de pagos con descuento o atención gratuita.

Usted puede calificar para recibir asistencia financiera si:

- tiene un seguro de salud limitado o no tiene seguro
- no califica para recibir asistencia del gobierno (por ejemplo, Medicare o Medicaid)
- puede demostrar que tiene necesidad financiera
- proporciona a UPMC la información necesaria sobre sus finanzas familiares
- tiene facturas médicas por un monto que excede su capacidad de pago, según lo determinen los lineamientos de UPMC

Acerca del proceso de solicitud

Para solicitar la asistencia financiera de UPMC, siga estos pasos:

- Complete el formulario de solicitud de asistencia financiera de UPMC de este paquete.
 - > Incluya los documentos de respaldo que se enumeran en la lista de verificación.
 - > Tenga en cuenta que primero debe averiguar si califica para algún tipo de beneficios de seguro que cubra su atención (por ejemplo, indemnización por accidente laboral, seguro de automóvil y Medical Assistance). Podemos mostrarle cómo obtener los recursos adecuados.
 - > Evaluamos sus ingresos y el tamaño de su familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Usamos una escala móvil, basada en los lineamientos federales de pobreza.
- Nos comunicaremos con usted para informarle si cumple con los requisitos para recibir la asistencia financiera de UPMC.
- Podemos ayudarlo a establecer un plan de pago para cualquier cargo o factura pendiente que no estén cubiertos por la asistencia financiera de UPMC.

Cómo completar la solicitud

Envíe por correo postal su formulario de solicitud completado y copias de comprobantes de ingresos a:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Los pacientes de UPMC Central PA y UPMC Somerset pueden enviar por correo postal los comprobantes de ingresos a la siguiente dirección, según corresponda:

UPMC Central PA

Patient Financial Coordinator UPMC
in Central Pa
P.O. Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353
717-231-8989 o 1-877-499-3899 (línea gratuita), opción 3

UPMC Somerset

Attn: Cashier
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

Si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito **1-800-371-8359** y pulse la opción 2. También hay información adicional en línea en [UPMC.com/PayMyBill](https://www.upmc.com/PayMyBill).

Asistencia financiera de UPMC: lista de verificación de la documentación

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que correspondan a su caso. Adjunte copias, no originales, ya que UPMC no devolverá ningún documento enviado con la solicitud. Si falta alguno de los documentos, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

Si tiene ingresos o activos como:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos comerciales
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos de pensión o jubilación
- Dividendos e intereses
- Alquileres y cánones
- Indemnización por desempleo
- Ingresos de indemnización por accidente laboral
- Pensión alimenticia y manutención infantil
- Sentencias judiciales
- Efectivo, cuentas bancarias y cuentas de mercado monetario
- Certificados de depósito vencidos, fondos de inversión, bonos u otras inversiones fácilmente convertibles que puedan cobrarse sin penalización

Adjunte los comprobantes de su ingreso familiar, que pueden incluir:

- Formularios 1099 del seguro social o cartas de concesión
- Cartas de indemnización por desempleo o accidente laboral
- Recibo de sueldo de los últimos 30 días
- Formulario 1040 del IRS más reciente y anexos correspondientes
- Si trabaja por cuenta propia, debe incluir una declaración de impuestos completa con el anexo C o la declaración de pérdidas y ganancias
- Cartas de aval
- Otros ingresos, como fondos fiduciarios, fundaciones de caridad, etc. (estados de cuenta de este mes o el mes pasado)

Adjunte pruebas de sus activos, que pueden incluir:

- Estados de cuenta bancaria, estados cuenta de fondos de inversión, cuentas del mercado monetario, contra reembolso, bonos, etc. (estados de cuenta de este mes o del mes pasado de todas las cuentas).

Si no tiene ingresos:

- Si no tiene ingresos, envíenos una carta de aval. La persona que proporciona su apoyo debe firmar la carta.

El formulario de solicitud de asistencia financiera completado y firmado

- Complete todas las partes del formulario que correspondan en su caso. Tenga en cuenta que se debe completar una solicitud por separado por cada paciente individual que solicite asistencia financiera.

Asistencia financiera de UPMC: formulario de solicitud

Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de Seguro Social del paciente:

Dirección:		Número de teléfono para comunicarse durante el día:
Ciudad:	Estado:	Número de teléfono alternativo:
Código postal:	Condado:	

Nombre del empleador:	Nombre del empleador del cónyuge:
-----------------------	-----------------------------------

Información del hogar: enumere a TODOS los miembros de su familia, incluidos los dependientes, que figuren en su Formulario 1040 del IRS más reciente. Si un miembro de su familia tiene una factura médica de UPMC por separado que deba ser considerada para recibir asistencia financiera, marque la casilla en "Factura médica de UPMC".

Nombres	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Factura médica de UPMC

Cantidad total de miembros de la familia (incluido el paciente): _____

Si ya recibió una factura, infórmenos su número de cuenta o de identificación del paciente: _____

¿Tiene seguro de salud? Sí No

 Si tiene, proporcione información del seguro: _____

¿Tiene alguna cuenta bancaria? Sí No

 Si tiene, proporcione 1 mes de todos los estados de cuenta bancarios de su propiedad.

Ingreso familiar mensual: indique los ingresos mensuales suyos y de los otros miembros de la familia. También adjunte copias de los comprobantes de los documentos de sus ingresos (consulte la lista de verificación de la documentación).

Ingreso bruto mensual	Propio	Cónyuge u otros miembros de la familia
Salarios/trabajo autónomo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Ingresos de pensión o jubilación	\$	\$
Dividendos e intereses	\$	\$
Alquileres y cánones	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Indemnización por accidente laboral	\$	\$
Pensión alimenticia y manutención infantil	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Ingreso familiar total mensual	\$	\$

Comentarios adicionales:

Exención de responsabilidad: entiendo que la información que proporcione se utilizará únicamente para determinar la **responsabilidad financiera** de mis cargos en UPMC (atención médica, incluidos los servicios hospitalarios y médicos) y se mantendrá bajo estricta confidencialidad. Entiendo que no se me devolverán los materiales que envíe para demostrar mis ingresos y activos. Además, comprendo que la información que presente en relación con mi ingreso familiar anual y el tamaño de la familia está sujeta a **verificación** por parte de UPMC, que incluye, según sea necesario, obtener **información financiera de los empleadores, bancos y otras entidades que indique en esta solicitud**. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se podrá revertir la aprobación de la asistencia financiera y seré responsable por el monto total de todos los cargos. Entiendo que una determinación de asistencia financiera de UPMC está sujeta a modificación y/o retracción en caso de que cualquier información sustancial haya sido errónea en, o se haya omitido de, la solicitud o una adjudicación de reclamo ocurrida como resultado de la cobertura de seguro para mí, u otro cambio importante de circunstancias.

Mi firma autoriza a UPMC a verificar toda la información proporcionada en este formulario. Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____