

Gracias por ponerse en contacto con la oficina de facturación de University of Utah Health para conversar sobre su cuenta y preguntar sobre asistencia financiera.

Para que podamos continuar, envíe los siguientes documentos a la dirección que se encuentra en la parte inferior de esta página:

- Solicitud de ayuda financiera completa (adjunta)
- Una carta explicando el estado financiero actual
- Copia de 3 meses de estados bancarios
- Copia completa de la declaración de impuestos federales del año pasado incluyendo W-2s
- Copia de talones de pago y/u otros ingresos de los últimos dos (2) periodos de pago

Usted no está obligado a revelar ninguno o todos estos documentos. Sin embargo, sin esta información, University of Utah Health no puede determinar si usted es elegible para recibir asistencia y no podrá ajustar su saldo o evitar que su cuenta vaya al departamento de cobranzas.

Los documentos deben recibirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de esta carta. Si los documentos no se reciben en ese momento reanudaremos las cobranzas. Si no puede proporcionar uno o más de estos documentos, incluya en su carta las circunstancias que impiden su inclusión.

Una vez que se presente la documentación requerida, se realizará una revisión para determinar si usted es elegible para recibir ayuda financiera total o parcial. Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud, se le notificará el resultado de la revisión. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con un representante de servicio al cliente en uno de los siguientes números.

Sinceramente,

Representante de facturación
University of Utah Health
801-587 - 6303 (Llamadas dentro de Utah)
800-862 - 4937 (Llamadas desde fuera del estado)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

University of Utah Health - Asistencia financiera

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de cuenta:

Nombre de la parte responsable _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Relación con el paciente _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____ Número de Seguro Social _____

Teléfono de la casa del cónyuge _____ Teléfono celular del cónyuge _____ Nombre del empleador del cónyuge _____

Por favor, enumere las direcciones donde ha vivido en los últimos 12 meses:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Desde (Mes/Año)	A (Mes/Año)

¿Vive el cónyuge en la misma casa que la Parte Responsable (marque uno)? Si No

Tamaño de la unidad familiar

Usamos pautas similares a las del IRS para determinar los miembros de la unidad familiar.

Número total de personas que viven en el hogar

Marque la casilla si la declaración se aplica al dependiente

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Relación	Vive con la parte responsable durante más de la mitad del año	La parte responsable proporciona más de la mitad del apoyo total para esta persona	¿Ciudadano de los Estados Unidos, Nacional de los Estados Unidos, Residente de los Estados Unidos, Residente de Canadá o México?	¿La parte responsable es la única que reclama a esta persona como dependiente?

INGRESOS

Tipo de ingresos	Monto de la parte responsable	Monto del cónyuge	Se requiere verificación
Empleo - Ingresos brutos			<input type="checkbox"/> Copia de estados bancarios de 3 meses <input type="checkbox"/> Copia completa de la declaración de impuestos federales del año pasado incluyendo W-2s <input type="checkbox"/> Copia de talones de pago y/u otros ingresos de los últimos dos (2) periodos de pago
Trabajo por cuenta propia - Ingresos brutos			<input type="checkbox"/> Copia de estados bancarios de 3 meses <input type="checkbox"/> Copia completa de la declaración de impuestos federales del año pasado incluyendo W-2s <input type="checkbox"/> Informe de pérdidas y ganancias
Pensión, Jubilación, IRA, 401K, Ingresos del Seguro Social			<input type="checkbox"/> Proporcione su declaración de pensión/jubilación y/o carta de adjudicación del Seguro Social
Desempleo, ingresos por discapacidad, etc.			<input type="checkbox"/> Proporcionar carta de adjudicación de desempleo o discapacidad <input type="checkbox"/> 3 meses de estados bancarios
Manutención de los hijos, pensión alimenticia			<input type="checkbox"/> 3 meses de estados bancarios
Otro (Por favor liste la fuente):			<input type="checkbox"/> Proporcione estados bancarios de 3 meses con una explicación de sus fuentes de ingresos)

Activos

Tipo	Institución(es) financiera(s)	Saldo Total
Efectivo		
Cuenta(s) de ahorros)		
Cuenta(s) de cheques)		
Acciones o bonos		
Otro:		

LISTA DE TODAS LAS DEUDAS MÉDICAS PENDIENTES POR PAGAR

Cuenta #	Nombre del proveedor médico	Saldo original	Saldos actuales	Pagos mensuales

LISTA DE TODA LA DEUDA ACTUALMENTE

Acreedor, tipo de deuda (tarjeta de crédito, préstamos personales)	Pagos mensuales	Saldo actual

Les pedimos a todos los pacientes que solicitan asistencia financiera que intenten otros medios de financiación.

Seleccione Sí o No.

¿Su empleador o el de su cónyuge ofrece un seguro de salud grupal?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	En caso afirmativo, liste la compañía de seguros:	_____
¿Tiene otros tipos de seguros como Allstate, AFLAC, etc.?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	En caso afirmativo, liste la compañía de seguros:	_____
¿Tiene una cuenta de ahorros de salud / gastos flexibles?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
¿Su empleador reembolsa algún deducible o costo de cuidados médicos?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
¿Le negaron Medicaid?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	En caso afirmativo, adjunte una copia de la denegación de Medicaid.	
¿Ha solicitado programas de asistencia estatales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Ejemplos: CHIP, PCN, víctimas de delitos, etc.	
¿Es elegible para COBRA a través de un empleador anterior?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
¿Tiene asistencia familiar o de la iglesia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		

** Si familiares o amigos están proporcionando asistencia, necesitaremos una carta de ellos explicando cómo están ayudando.*

Por favor explique su situación financiera a continuación. Incluya cualquier cosa que debamos saber para comprender su situación e incapacidad para pagar su deuda médica con nosotros. Puede adjuntar una hoja separada si necesita más espacio.

FIRMA DEL/ DE LOS SOLICITANTE(S)

Por la presente certifico, y estaría dispuesto a declarar bajo juramento, que la información contenida en este formulario es verdadera y completa a mi conocimiento y entendimiento. También estoy consciente que es posible que se solicite un informe de la oficina de crédito para verificar mis recursos.

Firma (Parte responsable)

Fecha

Firma (Cónyuge)

Fecha

POR FAVOR REMITA TODA CORRESPONDENCIA A:

University of Utah Health

Oficina de facturación

PO Box 841482

Los Ángeles, CA 90084-1482

Correo electrónico: billing@healthcare.utah.edu

Fax: 801.213.3385

Aviso de la Ley de Privacidad: University of Utah Health mantiene confidencialmente su número de seguro social para usos rutinarios, como facilitar la coincidencia de documentos, verificar su identidad, rastrear su historial médico, alergias a medicamentos y afecciones preexistentes, cobro de deudas, proporcionar esta información a entidades responsables de pagos, como su compañía de seguros, Medicaid, Medicare o la comisión industrial. La divulgación de su número de seguro social es voluntaria, pero es necesaria para determinar su elegibilidad para recibir descuentos y para extender su crédito. Si su entidad responsable por pagar usa su número de seguro social como identificador, la falta de divulgación de su número de seguro social puede resultar en un retraso o negativa a pagar por los servicios cubiertos, y es posible que se le facture por estos servicios. Se utilizará su número de seguro social para estos fines, con su consentimiento.

University of Utah Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.