

Gracias por escoger a UK HealthCare para su atención médica.

UK HealthCare se siente orgulloso de su larga trayectoria brindando servicios de atención médica para el Commonwealth of Kentucky. Nuestro programa de asistencia financiera ayuda con el peso económico de la atención médica que es necesaria. La asistencia financiera está disponible para los pacientes y familias con un ingreso familiar igual o por debajo del 300% según la Guía Federal de Pobreza para el tamaño de su familia. Nos complace proveerle con esta solicitud para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia con sus servicios médicos en UK HealthCare.

Necesitamos que complete la solicitud incluida y provea todos los documentos de respaldo solicitados para determinar su elegibilidad. Todas las páginas de los documentos de respaldo solicitados deben tener el nombre y la fecha de nacimiento del solicitante en la parte superior de cada documento. Si el número de expediente médico del paciente está disponible, incluya esa información junto con el nombre y la fecha de nacimiento. Devuelva la aplicación, firmada y completa, con los documentos de respaldo por correo postal, envíela a través de MyChart UKHC en <https://ukhealthcare.uky.edu/mychart>, o por fax seguro al 859-257-8071. **El no devolver la solicitud completa, con toda la documentación de respaldo, incluyendo el nombre y la fecha de nacimiento en cada documento, dentro de los 21 días de la fecha de esta solicitud, puede retrasar la decisión o resultar en el rechazo de la solicitud.** Nota: Los solicitantes que son elegibles para el programa de Medicaid deben solicitar esa asistencia primero, antes de que podamos considerar la solicitud de asistencia financiera. Todas las operaciones de facturación continuarán con normalidad durante el proceso de la solicitud.

**Disclaimer for Financial Assistance**

Aviso de responsabilidad para asistencia Financiera: La aprobación de la asistencia financiera no garantiza la cobertura de los servicios; Todos los servicios están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de las reglas de asistencia financiera. Si es aprobada la aplicación, los ajustes solo se aplicarán a aquellas cuentas dentro de los parámetros de la póliza y a los servicios que no se consideren una exclusión.

**Documentos necesarios**

- Solicitud de Asistencia Financiera completa y firmada.
- Comprobante de ingresos para todas las personas que residen en el mismo domicilio. Esto incluye el paciente, esposo(a), o garante y todos los dependientes de 18 años y mayores, que fueron mencionados en la página de ingresos de la solicitud. El ingreso total del hogar y los bienes incluyen el salario, ingreso de trabajo independiente, seguro social, beneficios de veteranos, pensión, inversiones, retiro, desempleo, compensación laboral, manutención, discapacidad, propiedades de renta y cuentas bancarias. El ingreso total son los ingresos antes de impuestos, seguro, y otras deducciones.
- Si no tiene comprobante de ingresos, complete un formulario de Declaración de no comprobante de ingresos y gastos de manutención de UKHC, Parte A.
  - Pídale a la persona que no es miembro del hogar que proporciona asistencia financiera que complete y firme la Parte B y la Parte C.
  - Pídale a la persona que no es miembro del hogar que complete y firme la Parte C verificando que usted no tiene ingresos.
- Declaración de impuestos estatales y federales de los ingresos de trabajador independiente del año calendario anterior y la declaración de la sección *Schedule C* del impuesto federal o documentación de las ganancias y pérdidas trimestrales.
- Estados de cuenta bancaria de los últimos 3 meses. Si su solicitud se completa en el mes de abril, debe proveer los estados de cuenta bancaria de los meses de enero, febrero y marzo para cumplir con los requisitos. Estos deben tener el formato del banco en el que se muestra el saldo inicial, las transacciones, y el saldo restante. Incluya todas las páginas del estado de cuenta bancaria.

**Por favor no envíe los documentos originales ya que es posible que no podamos devolverlos. Todos los documentos financieros luego de escanearse electrónicamente en nuestro sistema electrónico seguro se destruyen, al igual que todo documento que no se puede identificar. Hacemos todo lo posible por identificar cada documento que recibimos. Para no destruir la documentación que no está adjunta a su solicitud, escriba la información identificable del paciente en cada hoja de la documentación colocando el nombre del paciente, la fecha de nacimiento y si conoce, el número del expediente médico.**

Si tiene preguntas o si necesita asistencia, llame a nuestra línea conveniente al 859-323-9898 de 8 AM a 4:30 PM de lunes a viernes. Gracias por escoger a UK HealthCare para su atención médica.

Guía de Pobreza Federal del año 2024				
La ayuda económica depende de dónde se encuentran los ingresos de su hogar en esta tabla. Llame o contáctenos a través de MyChart para su elegibilidad.				
Tamaño del hogar	Límite de Medicaid para Adultos con Medicaid Tradicional 0%-100% FPL	Límite ampliado de Medicaid para Adultos 101%-138% FPL	Límite de Medicaid para Niños y Embarazo Up to 200% FPL	Programa de asistencia financiera de UK Up to 300% FPL
1	\$15,060.00	\$20,782.80	\$30,120.00	\$45,180.00
2	\$20,440.00	\$28,207.20	\$40,880.00	\$61,320.00
3	\$25,820.00	\$35,631.60	\$51,640.00	\$77,460.00
4	\$31,200.00	\$43,056.00	\$62,400.00	\$93,600.00
5	\$36,580.00	\$50,480.40	\$73,160.00	\$109,740.00
6	\$41,960.00	\$57,904.80	\$83,920.00	\$125,880.00
7	\$47,340.00	\$65,329.20	\$94,680.00	\$142,020.00
8	\$52,720.00	\$72,753.60	\$105,440.00	\$158,160.00

## UKHC Financial Assistance Application

### Solicitud de Asistencia Financiera de UKHC

**INSTRUCTIONS: PLEASE RESPOND TO ALL QUESTIONS. LEAVE NOTHING BLANK. IF IT DOES NOT APPLY, ENTER "NONE". YOU WILL BE ASKED TO PROVIDE APPLICABLE DOCUMENTATION THROUGH OUT THE APPLICATION. MAKE SURE YOU VERIFY DOCUMENTS TO SEND. PLEASE SEND COPIES ONLY. NO STAPLES.**

**INSTRUCCIONES: POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTA APLICACIÓN. NO DEJE NADA EN BLANCO. SI ALGUNA PREGUNTA NO CORRESPONDE HA USTED, POR FAVOR PONGA "N/A" SE LE PEDIRÁ QUE PROPORCIONE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LO LARGO DE LA APLICACIÓN. ASEGURESE DE VERIFICAR LOS DOCUMENTOS QUE MANDE POR CORREO. SOLAMENTE MANDE COPIAS SIN GRAPAS.**

#### I. PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE)

**Patient Name (Nombre del paciente):** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** \_\_\_\_\_

**Address (Dirección):** \_\_\_\_\_ **Social Security Number (Número de seguro social):** \_\_\_\_\_

**City (Ciudad):** \_\_\_\_\_ **State (Estado):** \_\_\_\_\_ **Zip Code (Código postal):** \_\_\_\_\_

**Home Phone (Teléfono residencial):** \_\_\_\_\_ **Cell Phone (Teléfono celular):** \_\_\_\_\_

Are you a KY resident (¿Eres residente de KY)?  Yes (Sí)  No (No)

Are you in the United States on a Visa, expired or not (¿Está usted en los Estados Unidos con una Visa, vencida o no)?

Yes (Sí)  No (No) - If yes, is it a (Si es así, ¿es un)  Work (Trabajo) or (o)  Traveling Visa (Visado de viaje)?

*\*\*Must provide a copy of the Visa (Debe proporcionar una copia de la Visa)*

**Employment Status (Situación laboral):**

Employed (Empleado)  Unemployed (Desempleado)  Self-Employed (Autónomo)  Retired (Jubilado)  Disabled (Deshabilitado)  Student (Estudiante)

**Employer (Empleador):** \_\_\_\_\_ **Phone Number (Número de teléfono):** \_\_\_\_\_

Are you considered (¿Te consideran)?  Blind (Ciego),  Disabled (Deshabilitado),  Over the age of 65 (Mayores de 65 años),  Pregnant (Embarazada),

Minor child or (Menor de edad o)  Have minor children in the home (Tener hijos menores de edad en el hogar)?  N/A

#### II. SPOUSE-If Married (Esposa(o)-si estada casada(o)) / Parents(s) or Legal Guardian(s)-if patient is a minor (Padres o Guardián-si el paciente es menor) / Not applicable (no applicable)

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** \_\_\_\_\_

UKHC MR# \_\_\_\_\_ Social Security Number (Número de seguro social): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono)# \_\_\_\_\_

**Employment Status (Situación laboral):**

Employed (Empleado)  Unemployed (Desempleado)  Self-Employed (Autónomo)  Retired (Jubilado)  Disabled (Deshabilitado)  Student (Estudiante)

**Employer (Empleador):** \_\_\_\_\_ **Phone Number (Número de teléfono):** \_\_\_\_\_

  

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** \_\_\_\_\_

UKHC MR# \_\_\_\_\_ Social Security Number (Número de seguro social): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono)# \_\_\_\_\_

**Employment Status (Situación laboral):**

Employed (Empleado)  Unemployed (Desempleado)  Self-Employed (Autónomo)  Retired (Jubilado)  Disabled (Deshabilitado)  Student (Estudiante)

**Employer (Empleador):** \_\_\_\_\_ **Phone Number (Número de teléfono):** \_\_\_\_\_

#### III. Additional Family Members (Miembros adicionales de la familia)

1.	Name (Nombre)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	Age (Edad)	Birthdate (Fecha de nacimiento)	Relationship (Relación)
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____

#### IV. Additional Income – Please provide paycheck stubs/proof of income for the previous three months. (Ingresos adicionales - Proporcione talones de cheques de pago/comprobantes de ingresos de los últimos tres meses.)

	Monthly Amount (Monto Mensual)	Monthly Amount (Monto Mensual)
Employment income - Patient/Guardian 1 (Ingresos laborales - Paciente/Tutor 1)	\$ _____	Guard/Reserves/Military (Guardia / Reservas / Militares) \$ _____
Employment income - Spouse/Guardian 2 (Ingresos laborales - Cónyuge/Tutor 2)	\$ _____	Workers Comp Benefits (Beneficios de Compensación para Trabajadores) \$ _____
Retirement/Social Security (Jubilación/Seguridad Social)	\$ _____	Rental Property or Lease (Propiedad de alquiler o arrendamiento) \$ _____
Pension (Pensión)	\$ _____	Alimony (Manutención del esposo) \$ _____
VA Benefits (VA Benefits)	\$ _____	AFDC/TANF/Welfare (AFDC/TANF/Bienestar) \$ _____
Child Support (Manutención de los hijos)	\$ _____	Interest / Dividends (Intereses / Dividendos) \$ _____
Unemployment compensation (Compensación por desempleo)	\$ _____	Grants/Financial Aid/Scholarships (Subvenciones/Ayuda Financiera/Becas) \$ _____
Self-Employment (Trabajo por cuenta propia) (quarterly profit/loss statement required) (se requiere un estado de pérdidas y ganancias trimestral)	\$ _____	Other Income – Spouse/Gardian 2 Specify Type of Income - _____
		Otros ingresos – Paciente/Tutor 2 Especificar tipo de ingreso - _____ \$ _____
<b>Total Monthly Income (Ingreso mensual total)</b>	<b>\$ _____</b>	

Patient Name(Nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Birth date(Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

**V. Assets/Resources**

**NOTE: Bank statements and /or Debit Card statements that reflect income deposits are required for the previous three months for the household for financial assistance consideration. Example: If your application is completed in April, you must provide January, February, and March bank statements to comply with the requirements. It must be in bank statement format, showing the beginning balance, transactions, and ending balance. Include all pages of the statement. (Activos/Recursos NOTA: Se requieren estados de cuenta bancarios y/o estados de cuenta de tarjetas de débito que reflejen depósitos de ingresos de los últimos tres meses para el hogar para la consideración de asistencia financiera. Ejemplo: Si su solicitud se completa en abril, debe proporcionar estados de cuenta bancarios de enero, febrero y marzo para cumplir con los requisitos. Debe estar en formato de extracto bancario, mostrando el saldo inicial, las transacciones y el saldo final. Incluya todas las páginas de la declaración.)**

Do the patient/guarantor/spouse have a checking and/or savings account(¿Tiene el paciente/garante/cónyuge una cuenta corriente y/o de ahorros)?

Yes(Sí)  No(No), if yes; include bank statements for all accounts(En caso afirmativo; Incluir estados de cuenta bancarios para todas las cuentas)

	Bank Name Nombre del banco	Balance Equilibrar
Checking Accounts(Cuentas de cheques)	_____	\$ _____
Savings Accounts(Cuentas de ahorro)	_____	\$ _____
Trust Funds(Fondos fiduciarios)	_____	\$ _____
Stocks/bonds(Acciones/bonos)	_____	\$ _____
Money Market Accounts(Cuentas del mercado monetario)	_____	\$ _____
Mutual Funds(Fondos Mutuos)	_____	\$ _____

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature(Firma del paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Date (Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Legal Representative  
(Firma del Representante Legal)**

\_\_\_\_\_  
**Relationship to patient  
(Relación con el paciente)**

**Disclaimer for Financial Assistance**

Aviso de responsabilidad para asistencia Financiera: La aprobación de la asistencia financiera no garantiza la cobertura de los servicios; Todos los servicios están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de las reglas de asistencia financiera. Si es aprobada la aplicación, los ajustes solo se aplicarán a aquellas cuentas dentro de los parámetros de la póliza y a los servicios que no se consideren una exclusión.

UK HealthCare Employee: \_\_\_\_\_