

NHSC

Solicitud de asistencia financiera para afiliados de UR Medicine

El Programa de asistencia financiera brinda ayuda con las facturas médicas a las personas que reúnen los requisitos. Si desea solicitarla, complete la solicitud y devuélvala con la documentación requerida.

Fecha de solicitud: _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Teléfono (casa): _____ (celular): _____
 Dirección postal: _____
 Nombre del garante: _____

Mencione a todos los miembros del hogar, incluidos los hijos menores de 21 años que vivan con usted (incluso si no solicitan asistencia financiera en este momento). Si necesita más espacio, utilice otra hoja.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente

Ingresos	Cantidad	Indique si es semanal, mensual, etc.
Salario (incluyendo el empleo autónomo)		
Seguro Social		
Compensación por desempleo		
Otro * consulte la lista que figura abajo; indique el tipo		

Ingresos anuales del hogar: \$ _____

Devuelva las copias de los siguientes documentos con su solicitud de asistencia financiera completada.

- Un mes de declaraciones de ingresos/salarios.
- Si está desempleado, indique todas las fuentes de otros ingresos, por ejemplo:
Carta de concesión por desempleo, carta de beneficios por discapacidad/Seguro Social (año actual), etc.
- Otras formas de ingresos que pueden aplicarse a usted, incluya pruebas de:
**Pensión alimenticia, manutención infantil, asignaciones para familias de militares, pensiones/cuenta individual de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés)/jubilación/anualidad, ingresos por alquiler, ingresos por dividendos/intereses.*
- Una copia de su declaración de impuestos más reciente en la que se indiquen los ingresos brutos (no es obligatorio, pero resulta útil para tomar una determinación con respecto a su solicitud).
- Si trabaja de forma autónoma, DEBE incluir una copia de la declaración de impuestos más reciente y una copia de los siguientes formularios que se aplican a su tipo de empleo autónomo:
 - Primera página del formulario 1040, ganancias o pérdidas netas del negocio (*si corresponde*)

- Formulario 8825, ganancias o pérdidas de ingresos por alquiler (*si corresponde*)
- Formulario 8825, ingresos netos por alquiler de bienes inmuebles (*si corresponde*)

Tenga en cuenta: En función de la revisión de los ingresos, es posible que se le pida que presente información sobre su situación con Medicaid.

Comprendo que esta solicitud de asistencia financiera es confidencial y se usará con el fin de determinar mi elegibilidad para los servicios no compensados en virtud de las pautas de asistencia financiera establecidas por UR Medicine. Comprendo que, si se demuestra que alguna información que se haya proporcionado es falsa, UR Medicine puede reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que resulte apropiada. Comprendo que esta información puede usarse durante las conversaciones con otra parte a fin de determinar la elegibilidad.

X _____ Fecha _____

Firma de la persona que realiza la solicitud

Las siguientes pautas sobre ingresos pueden ayudar a determinar si usted es elegible para el Programa de asistencia financiera para afiliados de UR Medicine. Se proporciona la siguiente información con la finalidad de permitirle determinar si usted o su hogar podrían ser elegibles para este programa. Si tiene alguna duda, le recomendamos presentar esta solicitud para que se la tenga en cuenta.

PAUTAS PARA LA APROBACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

NIVELES DE INGRESOS DE 2023							
Asignación porcentual de asistencia financiera	Porcentaje del nivel federal de pobreza	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas
	Niveles federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés)	\$ 14,580.00	\$ 19,720.00	\$ 24,860.00	\$ 30,000.00	\$ 35,140.00	\$ 40,280.00
100%	Hasta un 200%	\$ 29,160.00	\$ 39,440.00	\$ 49,720.00	\$ 60,000.00	\$ 70,280.00	\$ 80,560.00
80%	201% - 250%	\$ 36,450.00	\$ 49,300.00	\$ 62,150.00	\$ 75,000.00	\$ 87,850.00	\$ 100,700.00
60%	251% - 300%	\$ 43,740.00	\$ 59,160.00	\$ 74,580.00	\$ 90,000.00	\$ 105,420.00	\$ 120,840.00
40%	301% - 350%	\$ 51,030.00	\$ 69,020.00	\$ 87,010.00	\$ 105,000.00	\$ 122,990.00	\$ 140,980.00
20%	351% - 400%	\$ 58,320.00	\$ 78,880.00	\$ 99,440.00	\$ 120,000.00	\$ 140,560.00	\$ 161,120.00
0%	Más del 401%						
Por cada miembro adicional del hogar, añade \$ 5,140							
Por ejemplo: Un hogar de una persona con ingresos brutos anuales de \$ 30,000 recibiría una asistencia financiera del 80%, ya que estaría por debajo de los ingresos del 80%, que son \$ 36,450, pero por encima de los ingresos del 100%, que son \$ 29,160.							

¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar su solicitud?

Llame y hable con uno de nuestros representantes del Servicio de Atención al Cliente a los siguientes números de teléfono: (585)396-6515 o 1(833)978-8325

Envíe por correo la solicitud completada y los documentos necesarios a la siguiente dirección:

UR Medicine Affiliate Billing Office 73 Buffalo Street Suite 100, Canandaigua NY 14424

Las solicitudes incompletas se devolverán sin procesar.