



Nombre del paciente  
Dirección del paciente  
Dirección del paciente

Fecha  
Nombre del paciente:  
Número de registro médico:

Estimado:

Se adjunta la solicitud de ayuda financiera conforme a lo solicitado. Para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud, use la lista de verificación para comprobar que toda la información se haya completado o adjuntado como se requiere.

- Complete la solicitud de ayuda financiera, **firmé y coloque la fecha**. Si corresponde, use N/A.
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente con todos los anexos.
- Si no la presenta, proporcione una carta indicando la razón, firmada y con fecha.

**La prueba de ingresos es importante. Las solicitudes sin información de ingresos son rechazadas.**

- Prueba de los ingresos familiares mensuales para todos los miembros del hogar:
  - Estados de cuenta bancarios completos y actuales de sus cuentas de cheques, ahorros y negocios que muestren todas las transacciones de los últimos 30 días a partir de la fecha de esta solicitud
  - Talonarios de ingresos actuales de los últimos 30 días a partir de la fecha de esta solicitud

Debe enviarnos copias si obtiene alguno de estos beneficios:

- Aviso recibido de la Administración del Seguro Social que indica el beneficio mensual del año en curso
- Cualquier pago de pensión que se reciba mensualmente
- Aviso de la Oficina de Desempleo donde se indica el beneficio semanal
- Aprobación o denegación actual de Medical Assistance/Medicaid, si presentó su solicitud
- Copia de la carta de negación o exención del Marketplace, HealthCare Exchange
- Copia del acuerdo, carta, cheque o estado de cuenta bancario con depósito de la pensión al cónyuge o la manutención de los hijos
- Si usted no tiene ingresos, la persona que lo ayuda con los gastos diarios debe escribir una carta describiendo la cantidad de dinero en dólares de la ayuda que provee y la razón.

La ayuda podría reducirse o denegarse si se rehúsa a inscribirse en un plan de salud subsidiado debido a la ampliación del programa de Medicaid en Pensilvania.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 717-231-8989 o al 1-877-499-3899 (línea sin costo), opción 3.

Atentamente,  
Coordinador Financiero para el Paciente



**DEVOLVER A:** Patient Financial Coordinator  
**UPMC in Central Pa**  
**P.O. Box 2353**  
**Harrisburg, PA 17105-2353**

**FINANCIAL AID APPLICATION**

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios de ayuda financiera para el paciente al 717-231-8989 o al 1-877-499-3899.

**Información del paciente**

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	
No. de Seguro Social	No. de teléfono		

**Información del garante (si no es el paciente)**

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
No. de Seguro Social	No. de teléfono	Relación	

**Integrantes de la unidad familiar:**

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	UPMC in Central Pa Facturas pendientes (Sí/No)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Ingresos familiares (BRINDAR FOTOCOPIAS DE LAS PRUEBAS DE INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS)**

	<u>Empleador/Ocupación</u>	<u>Monto bruto mensual</u>
Salario: Propio	_____	_____
Cónyuge	_____	_____
Otros	_____	_____
Trabajador independiente		_____
Pensiones		_____
Seguro Social/SSI		_____
Indemnización por accidentes de trabajo o desempleo		_____
Pensión alimenticia para hijos o cónyuge		_____
Planes 401 K/otros pagos de anualidades		_____
Beneficios del Departamento de Asuntos para los Veteranos (VA)		_____
Asistencia pública/Ayuda en efectivo		_____
Ingresos por dividendos, intereses, alquileres		_____
<b>INGRESOS TOTALES</b>		

**Gastos (NO SE NECESITAN FOTOCOPIAS, CALCULE EL MONTO PROMEDIO MENSUAL)**

	Nombre del acreedor	Pago mensual	Saldo de la cuenta
Hipoteca/alquiler	_____	_____	_____
Préstamos para vehículos/arrendamientos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Tarjetas de crédito	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Préstamos bancarios	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Impuestos personales de inmuebles	_____	_____	_____
Facturas médicas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Medicamentos recetados		_____	
Pensión alimenticia para cónyuge		_____	
Pensión alimenticia para hijos/cuidado de niños		_____	
Teléfono (incluido el celular)/ Cable / Internet		_____	
Electricidad		_____	
Agua		_____	
Gas/gasóleo		_____	
Saneamiento		_____	
Seguros Automóvil		_____	
Individual		_____	
Casa		_____	
Salud		_____	
	<b>Gastos totales</b>	<input type="text"/>	

**Activos (SUMINISTRAR FOTOCOPIAS DE LOS ESTADOS DE CUENTA DE LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS)**

	Nombre del banco	Saldo de la cuenta (\$)
Cuenta corriente	_____	_____
	_____	_____
Cuenta de ahorros	_____	_____
	_____	_____
Navidad/vacaciones	_____	_____
Certificado de depósito	_____	_____
Cuenta del mercado monetario	_____	_____
Acciones/bonos	_____	_____
Cuenta de ahorros para la salud	_____	_____
Fondo fiduciario/anualidades	_____	_____
Otros activos	_____	_____

**Certifico que la información contenida en esta solicitud es fiel y completa.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Cónyuge \_\_\_\_\_

o del garante Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_