

Le estamos proporcionando una solicitud porque es posible que usted califique para nuestro Programa de asistencia económica. **Para que lo podamos considerar para la asistencia completa, debe completar, firmar y proporcionar todos los documentos comprobantes requeridos de la Solicitud de asistencia económica adjunta.**

Si, por alguna razón, no puede proporcionarnos la información solicitada, adjunte una declaración por escrito explicando por qué no puede proporcionar la información solicitada. Si no proporciona toda la información necesaria, se denegará su solicitud de Asistencia económica.

Lea el formulario con atención porque proporciona información fundamental para su aprobación en nuestro Programa de asistencia económica. Se denegará su solicitud o se retrasará su aprobación si falta información o si está incompleta. Tenga en cuenta que se requieren ambas firmas, del paciente/garante y testigo, para que se considere la aprobación de su solicitud.

Como es posible que ya sepa, la ley de Cuidado de Salud Asequible está vigente desde el 1 de octubre de 2013. La ley le proporciona a todos los estadounidenses la oportunidad de acceder a una cobertura asequible y de calidad. La ley de Cuidado de Salud Asequible proporciona opciones y alternativas a los estadounidenses para una cobertura de asistencia médica. Health Insurance Exchanges (Intercambios de seguros de salud) proporcionará un mercado para ayudar a las personas a que elijan opciones de cobertura que pueden estar subsidiadas a través de los créditos de impuestos para muchos estadounidenses.

Si está interesado en lo que está disponible, visite el sitio web de Healthcare.gov que le permitirá inscribirse y ver algunas preguntas frecuentes útiles acerca de la ley de Cuidado de Salud Asequible.

Este programa se aplica a los servicios brindados por UF Health Gainesville.

El proceso de revisión tomará hasta 7 días hábiles. Le notificaremos acerca de nuestra determinación de calificación por carta. Si tiene preguntas relacionadas con esta solicitud, comuníquese con uno de nuestros representantes a los números de teléfono indicados a continuación.

Atentamente,

UF Health
Customer Service Department (Departamento de servicio al cliente)
Teléfono: (352) 265-7906 u (888) 766-8154
Fax: (352) 627-4401

*****Solicitud de asistencia económica*****

Nombre del paciente: _____ Garante: _____
 Fecha de nacimiento del paciente: _____ Dirección: _____

*****DEPENDIENTES EN LA FAMILIA*****

(Esto incluye el cónyuge, los hijos menores de 18 años de edad y todas las demás personas declaradas como dependientes en su declaración de impuestos y/o de su cónyuge.)

Nombre: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:	Nombre: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

*****INFORMACIÓN DEL PACIENTE/GARANTE*****

N.º de seguro social: _____ Nombre del empleador: _____
 Tasa de remuneración por hora: \$ _____ Horas promedio trabajadas por semana: _____
 Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual: \$ _____
 Si está desempleado, indique la última fecha en que trabajó: ___ / ___ / ___

*****INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE*****

N.º de seguro social: _____ Nombre del empleador: _____
 Tasa de remuneración por hora: \$ _____ Horas promedio trabajadas por semana: _____
 Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual: \$ _____
 Si está desempleado, indique la última fecha en que trabajó: ___ / ___ / ___

*****OTROS INGRESOS*****

	Paciente/garante	Cónyuge	Dependiente(s)
Seguro social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de VA	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos por arrendamientos	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*****INFORMACIÓN DEL BIEN*****

	Paciente/garante	Cónyuge
Valor del hogar	\$ _____	\$ _____
Saldo adeudado	\$ _____	\$ _____
Otros valores de bienes inmobiliarios	\$ _____	\$ _____
Acciones/Bonos	\$ _____	\$ _____
Otros bienes (Barco, Casa rodante, etc.)	\$ _____	\$ _____
Cuenta bancaria: Cuenta corriente	\$ _____	\$ _____
Cuenta bancaria: Cuenta de ahorros	\$ _____	\$ _____

¿Ha solicitado la cobertura de Medicaid u otra asistencia? Sí / No
 Si la respuesta es sí y ha sido aprobada, proporcione su número de Medicaid

 Si la respuesta es sí y se la han denegado, proporcione una copia de la carta de rechazo.
 Si la respuesta es sí y la solicitud está pendiente, proporcione el número de solicitud

 Si la respuesta es no, comuníquese con la oficina de Medicaid de su localidad para determinar la elegibilidad.
 Certifico que la información que antecede es cierta y precisa. Además, autorizo a UF Health a realizar preguntas u obtener la información necesaria para verificar la precisión de la información contenida en la presente inclusive a mi empleador, la Agencia de crédito, mis acreedores u otras instituciones financieras si fuera necesario. De acuerdo con el derecho público s.817.50 F.S., proporcionar información falsa para estafar un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito de segundo grado.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Testigo:** _____

Se requieren ambas firmas o de lo contrario se rechazará su solicitud.