University of Vermont Health

Programa de asistencia financiera

customerservice@uvmhealth.org

Necesita ayuda para completar la solicitud: Llámenos al 800-639-2719

Solicitud de asistencia financiera

Seleccione la ubicación de los servicios (seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Central Vermont Medical Center ☐ Porter Medical Center ☐ UVM Medical Center

Información sobre el encargado de la unidad familiar/garante financiero

Encargado de la unidad familiar			
Fecha de nacimiento	N.º de seguridad social	Estado civil	Número de teléfono

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Integrantes de la unidad familiar

Enumere todos los familiares que conforman su unidad familiar; incluye una pareja de hecho. “Pareja de hecho” hace referencia a una persona que vive con usted en una relación comprometida. No incluye a personas con las que comparte vivienda.

Nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguridad social	Relación

Información adicional

¿Tiene cobertura de alguna póliza de seguro médico? De ser así, proporcione la siguiente información:	☐ Sí ☐ No
Nombre de la compañía aseguradora:	N.º de ID:
¿Ha solicitado cobertura de Medicaid de Vermont o Nueva York?	☐ Sí ☐ No
¿Ha solicitado cobertura del intercambio de salud de Vermont o Nueva York?	☐ Sí ☐ No
¿Vive, trabaja o asiste a una institución educativa en Vermont?	☐ Sí ☐ No

Gastos mensuales

Usamos esta información para comprender mejor su situación financiera

Alquiler o hipoteca	$:	Medicamentos	$:
Impuesto inmobiliario	$:	Seguro médico	$:
Servicios públicos (agua/electricidad)	$:	Facturas de atención médica	$:
Automóvil (pagos relacionados con un coche)	$:	Seguros (automóvil/inmobiliario)	$:
Cuidado de hijos	$:	Pensión alimentaria/Manutención de hijos	$:
Vida diaria (alimentos/gasolina)	$:	Otros	$:

Continúe la solicitud en el reverso

Empleo

	Encargado de la unidad familiar/garante financiero	Cónyuge/Pareja de hecho
Empleador o encierre en un círculo si: (jubilado/estudiante/desempleado)		
Ingreso mensual		
Salario bruto	$:	$:
Ingresos como trabajador autónomo	$:	$:
Seguridad social	$:	$:
Distribución de pensión/jubilación	$:	$:
Discapacidad (no incluye veteranos)	$:	$:
Desempleo	$:	$:
Ingreso por renta	$:	$:
Ingreso por dividendos	$:	$:
Otros ingresos:	$:	$:

Activos líquidos
Efectivo/ahorros/inversiones

	Encargado de la unidad familiar/garante financiero	Cónyuge/Pareja de hecho
Cuenta corriente	$:	$:
Caja de ahorro	$:	$:
Certificados de depósito	$:	$:
Acciones/Fondos comunes	$:	$:
Bonos	$:	$:
Anualidad (si es líquida)	$:	$:
Mercado monetario	$:	$:
Cuenta de fideicomiso (si es líquida)	$:	$:
Otros:	$:	$:

Inmueble adicional
(No incluye su residencia primaria)

	Valor	Saldo de hipoteca
Vivienda de vacaciones/secundaria	$:	$:
Tierras	$:	$:
Bienes en alquiler	$:	$:

Incluya cualquier otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que sepamos. Por ejemplo, si tiene dificultades para pagar los servicios públicos, el alquiler o los alimentos.

Complete y firme la solicitud en la página siguiente

Lista de verificación de documentación

Envíe por correo su solicitud completa, junto con la documentación de respaldo a nuestros Programas de asistencia financiera en el hospital donde recibe la atención. Reunir los requisitos para la asistencia depende de una seria de criterios, incluida una prueba de ingresos y activos. Para procesar su solicitud, proporcione la documentación aplicable que se enumera a continuación como respaldo de su necesidad financiera.

Ingresos:

- Declaración de impuesto a los ingresos federal más reciente.
- En lugar de la declaración de impuesto a los ingresos federal, puede enviar las siguientes alternativas:
    - Empleado/Trabajador autónomo:
        - Las dos declaraciones de ganancias consecutivas más recientes (talones de pago).
        - Verificación de ingresos por escrito de un empleador (si se paga en efectivo).
        - Confirmación por escrito de contrato de trabajador migrante.
        - Confirmación por escrito de Open-Door Clinic.
    - Seguridad social: Carta de verificación de beneficios del año actual o declaración 1099-SSA más reciente.
    - Distribución de pensión/jubilación: Declaración de beneficios actual o declaración 1099-R más reciente.
    - Desempleo: Declaración de beneficio actual.
    - Ingreso por renta: Declaración de ganancias y pérdidas del año a la fecha si el inmueble no se incluye en los activos.
    - Documentación de asistencia pública. (es decir, Medicaid, bonos de alimentos, etc.).

Activos líquidos:

- Resumen actual de su institución financiera para:
    - Cuenta corriente y caja de ahorro.
    - Certificado de depósito (CD).
    - Acciones/Fondos comunes/Bonos/Mercado monetario.
    - Anualidades, si son líquidas.
    - Bienes en alquiler (si no se incluyen los ingreso por renta en su declaración de impuesto a los ingresos federal).

Lea atentamente

Solicito asistencia financiera de los socios de Vermont de University of Vermont Health Network. Verifico que toda la información que proporcioné es precisa y completa. University of Vermont Health Network tiene mi permiso para realizar verificaciones de la información pertinente e intercambiar información sobre mis cuentas, mi solicitud y la documentación de respaldo con sus proveedores afiliados. Cualquier información incorrecta, incompleta o falsa proporcionada puede anular mi solicitud de asistencia financiera. Acepto devolver la adjudicación de asistencia financiera en su totalidad si recibo un pago de algún tipo por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud de asistencia financiera. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial conforme a las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) federal.

Firma del encargado de la unidad familiar/garante financiero	Fecha

Envíe por correo su solicitud completa a la siguiente dirección. Asegúrese de adjuntar la documentación requerida a la solicitud.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401