

Formulario para Asistencia Financiera

500 Eastowne Drive 2nd Flr.

Chapel Hill, NC 27514

Unidad de Asistencia Financiera: (984) 974-3425.

Fax: 984-974-6454, correo electrónico: UNCFAU@unchealth.unc.edu

Línea de ayuda gratuita del programa: (866) 704-5286



Núm. de cuenta:

INSTRUCCIONES: FAVOR DE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS, Y ESCRIBA «NINGUNO» SI NO VIENE AL CASO. DEBE ENVIAR TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA TAL COMO SE REQUIERE EN EL FORMULARIO. SOLAMENTE PRESENTE COPIAS DE SUS DOCUMENTOS. POR FAVOR NO USE GRAPAS.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Si el paciente falleció, favor incluir el Certificado de Defunción)

Residencia en NC: Debe incluir (2) documentos de 2 de las categorías de residencia o firmar la declaración en la página 3.

N.º del expediente médico de UNCH: _____ N.º de Seguro Social: ____-- ____-- _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Menor de edad (Menor de 18 años) Otro: _____

Situación de empleo: (Rodee con un círculo todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Jubilado / Discapacitado / Estudiante

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Presentó su declaración de impuestos el año pasado? Sí No

¿Está en los Estados Unidos con una visa? Sí No Si es así, envíe una copia de la visa junto con el formulario.

¿Tiene usted tarjeta de residencia (Green Card)? Sí No Si es así, envíe una copia de la tarjeta de residencia junto con el formulario.

II. CÓNYUGE (Completar si está casado(a))

N.º del expediente médico de UNCH: _____ N.º de Seguro Social: ____-- ____-- _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Situación de empleo: (Rodee con un círculo todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Jubilado / Discapacitado / Estudiante

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Está el cónyuge mencionado arriba en los Estados Unidos con una visa? Sí No Si es así, envíe una copia de la visa junto con el formulario.

¿Tiene el cónyuge mencionado arriba tarjeta de residencia (Green Card)? Sí No Si es así, envíe una copia de la tarjeta junto con el formulario.

¿Presentó el cónyuge su declaración de impuestos el año pasado? Sí No

PADRES O TUTORES (Completar si el paciente es menor de 18 años)

N.º del expediente médico de UNCH: _____ N.º de Seguro Social: ____-- ____-- _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Situación de empleo: (Rodee con un círculo todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Jubilado / Discapacitado / Estudiante

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Presentó el padre/madre o tutor mencionado arriba su declaración de impuestos el año pasado? Sí No

¿Está el padre/madre o tutor mencionado arriba en los Estados Unidos con una visa? Sí No Si es así, envíe una copia de la visa junto con el formulario.

¿Tiene el padre o la madre mencionado(a) arriba tarjeta de residencia (Green Card)? Sí No Si es así, envíe una copia de la tarjeta junto con el formulario.

N.º del expediente médico de UNCH: _____ N.º de Seguro Social: ____-- ____-- _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Situación de empleo: (Rodee con un círculo todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Jubilado / Discapacitado / Estudiante

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Presentó el padre/madre o tutor mencionado arriba su declaración de impuestos el año pasado? Sí No

¿Está el padre/madre o tutor mencionado arriba en los Estados Unidos con una visa? Sí No Si es así, envíe una copia de la visa junto con el formulario.

¿Tiene el padre o la madre mencionado(a) arriba tarjeta de residencia (Green Card)? Sí No Si es así, envíe una copia de la tarjeta junto con el formulario.

III. OTROS DEPENDIENTES QUE CALIFICAN

Incluya todos los dependientes, adultos, y menores que están enlistados en su declaración de impuestos en la sección de «Dependientes» y que aún son miembros de su hogar. Si no presentó su declaración de impuestos, incluya documentos pertinentes, tales como Certificado de Matrimonio, Certificado de Nacimiento, o Documentos de Custodia de todos los dependientes menores de edad. Proporcione documentación de ingresos y cuentas bancarias para dependientes de 18 años o mayores.

Nombre	Apellido	N.º del expediente médico de UNCHCS	Relación	Fecha de Nacimiento

IV. OTRA INFORMACIÓN FINANCIERA (Responda a todas las preguntas)

- a. ¿Poseen usted o su cónyuge cuentas bancarias? Sí No Nombre del banco(s): _____
Tipos de cuentas que poseen usted o su cónyuge: Cheques Ahorros Inversiones Retiro (Marque todas las que correspondan)
Incluya los estados de cuenta más recientes de todas las cuentas (todas las páginas). NO SE ACEPTAN INFORMES DE TRANSACCIONES ni INFORMES DE HISTORIAL DE CUENTA.
- b. Vivienda principal: Propietario Arrendatario Comparte la vivienda (vive con alguien)
- c. ¿Posee alguna propiedad (vivienda o tierra) APARTE de donde reside? Sí No Cuántas _____
**** Presente el informe del valor fiscal y el estado de cuenta más reciente del préstamo hipotecario de cada propiedad adicional.**

V. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

IMPUESTOS

¿Presentó su declaración de impuestos el año pasado? Sí No ¿Presentó su cónyuge declaración de impuestos el año pasado? Sí No

¿Presentaron los padres o tutores declaración de impuestos el año pasado? Sí No

En caso afirmativo, presente todas las páginas del último formulario 1040 de los impuestos federales, incluyendo todos los anexos. Si está casado y su cónyuge declaró por separado, presente el formulario 1040 de los impuestos federales de su cónyuge. Si no presentaron ninguna declaración de impuestos o si declararon por separado, presente el certificado de matrimonio.

IMPORTANTE: Si no declaró impuestos, explique por qué: _____

SITUACIÓN DE EMPLEO:

Si usted está empleado, presente los últimos 6 recibos de pago consecutivos, O una carta de su empleador, O los documentos de desempleo de la División de Seguridad de Empleo de NC, 'NC Division of Employment Security' O una carta de verificación de los beneficios del Seguro Social, incluidos los beneficios de cualquier dependiente que tenga 18 años o más.

Si no hay ingresos familiares, presente una carta de apoyo por parte de la persona que le proporciona fondos para atender las necesidades básicas, tales como vivienda, comida y ropa.

BANCO

Presente el estado de cuenta bancaria más reciente (todas las páginas) de todas las cuentas bancarias pertenecientes a su núcleo familiar, SOLO en el formato del estado de cuenta. No presente INFORMES DE TRANSACCIONES ni INFORMES DE HISTORIAL DE CUENTA.

VI. COMENTARIOS ADICIONALES DEL PACIENTE O GARANTE (Si no tiene ingresos, presente una carta de apoyo, firmada y fechada, de la persona que le proporciona fondos para atender las necesidades básicas.) _____

Certifico que las respuestas arriba escritas y cualquier otra información adicional o ingreso que haya listado en una hoja aparte, son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que información fraudulenta o engañosa hará que no califique para recibir ninguna ayuda financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información provista. Doy mi número de seguro social voluntariamente y estoy autorizado para proporcionar los números de seguro social de los dependientes que califican mencionados anteriormente. Entiendo que UNC Health Care System puede utilizar los números de seguro social con el propósito de una identificación exacta, de someter reclamos de seguros, facturación, cobros y en cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Presente copias de los documentos. NO PRESENTE DOCUMENTOS ORIGINALES PORQUE NO SE DEVOLVERÁN.

VII.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE

FECHA

VIII. – Residencia del Estado de Carolina del Norte - Definición de los requisitos para la ayuda de beneficencia

Estado de residencia de NC – Para cumplir con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para idoneidad de Medicaid, una persona debe estar domiciliada en Carolina del Norte con intención de permanecer aquí de manera permanente o por un período indefinido o demostrar que llegó a Carolina del Norte en busca de empleo o con un compromiso laboral. Una persona está domiciliada en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fijo, establecido o permanente y tiene la intención de permanecer aquí de manera permanente o por un período de tiempo indefinido.

Para verificar la residencia en Carolina del Norte, necesita presentar dos documentos de dos de las categorías que se proporcionan abajo. Esto significa que un documento o prueba debe ser de dos de las letras en minúscula que figuran a continuación. Ejemplo: Un artículo de la letra c y uno de la letra d serían aceptables. Dos documentos de la categoría b no serían aceptables. Los solicitantes que no tengan dos de los documentos deberán completar y firmar la declaración que figura al dorso de este formulario, sujeto a enjuiciamiento, de que no tienen dos de los documentos enumerados.

- a. Una licencia de conducir de Carolina del Norte vigente u otra tarjeta de identificación vigente emitida por la División de Vehículos Motorizados de NC ‘North Carolina Division of Motor Vehicles’.
- b. Un recibo de pago actual de renta, alquiler o hipoteca de Carolina del Norte, dos estados de cuenta bancarios, o factura de servicios a nombre del solicitante o del cónyuge legal del solicitante, que muestre un domicilio en Carolina del Norte.
- c. Un registro vigente de un vehículo automotor de Carolina del Norte a nombre del solicitante que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- d. Un documento que verifique que el solicitante está empleado en Carolina del Norte.
- e. Uno o más documentos que demuestren que el solicitante ya no reside en el estado en donde vivía anteriormente tales como el cierre de una cuenta bancaria, terminación de la relación laboral o la venta de una vivienda.
- f. La documentación de la declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante que muestren un domicilio actual en Carolina del Norte.
- g. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado con un servicio de búsqueda de empleo, ya sea público o privado en Carolina del Norte.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante ha inscrito a su(s) hijo(s) en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- i. Un documento que demuestre que el solicitante recibe asistencia pública (p. ej. estampillas de alimentos) u otros servicios que exigen prueba de residencia en Carolina del Norte. Actualmente Work First y Energy Assistance no exigen prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j. Expedientes de un departamento de salud o de otro proveedor de atención médica ubicado en Carolina del Norte que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k. Una declaración por escrito de una persona que tenga una relación social, familiar o económica con el solicitante, y que tenga conocimiento personal de las intenciones del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente, por un período de tiempo indefinido o de residir en Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral.
- l. Una tarjeta actual de inscripción electoral de Carolina del Norte.
- m. Un documento de US Department of Veteran’s Affairs, US Military o de US Department of Homeland Security que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- n. Expedientes escolares oficiales de Carolina del Norte, firmados por autoridades escolares, o diplomas emitidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, escuelas profesionales, universidades, centros de estudios superiores) que demuestren la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- o. Un documento expedido por un consulado extranjero verificando que la intención del solicitante es de vivir en Carolina del Norte en forma permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o tiene un compromiso de empleo.

Declaración del solicitante del estatus de residente de Carolina del Norte

Yo, _____, (el paciente o garante) confirmo que **NO PUEDO** proporcionar dos documentos que verifiquen mi residencia en el estado de Carolina del Norte.

Yo declaro por el presente documento que la información que figura anteriormente es verdadera y exacta. Yo entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que cumplo con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para obtener el Charity Care de UNC Health Care. Yo entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte podría resultar en ajustes del Charity Care para los cuales de otra manera yo no hubiera reunido los requisitos, y yo podría estar sujeto a penalidades civiles y criminales.

Firma

Fecha

Dirección: _____

Teléfono: _____