

<b>Sección I: Información del paciente</b>			
Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del garante
Dirección postal (No un apartado de correos/P.O. Box)		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono primario	Correo electrónico	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	
Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante		Nombre del empleador	Teléfono del empleador
¿Ha solicitado NC Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de la solicitud:	En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> No elegible	
<b>Sección II: Cónyuge / Garante (si el paciente es menor de 18 años)</b> <input type="checkbox"/> <b>Cónyuge</b> <input type="checkbox"/> <b>Garante</b>			
Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Núm. de teléfono primario Núm. de expediente médico
Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante		Nombre del empleador	Teléfono del empleador
<b>Sección III: Miembros del hogar</b> <i>Enumere todos los dependientes, ya sean adultos o menores de edad, que son miembros de su hogar. Si hay más de 4 dependientes, enumérelos en una hoja adjunta.</i>			
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de expediente médico
1.			
2.			
3.			
4.			
<b>Sección IV: Ingresos familiares</b> <i>Proporcione información sobre sus ingresos, los de su cónyuge y los de cualquier otro miembro del hogar (si corresponde).</i>			
Fuente de ingresos	Paciente	Cónyuge/Garante	Dependiente (18 años o mayor)
Sueldo (30 días) o ingresos por cuenta propia			
Beneficios de servicios sociales/por discapacidad			
Beneficios para veteranos			
Pensión/Prestación de jubilación			
Dividendos/Interés			
Subsidio de desempleo/Indemnización por accidentes laborales			
Pensión alimenticia			
Ingresos por alquiler			
Otros ingresos			
¿Presentó la declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique por qué:			
Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene o adjunte una carta de manutención, firmada y fechada, por parte de la persona que cubre sus gastos diarios.			
Firma del paciente		Fecha (mm/dd/aaaa)	
Firma del garante (si el paciente es menor de 18 años)		Fecha (mm/dd/aaaa)	

**Presente la solicitud completa:**

Envíe a través de My UNC Chart, o por fax seguro al 984-974-6454, o

 Enviar por correo a UNC Financial Assistance Unit, 500 Eastowne Drive 2<sup>nd</sup> Floor, Chapel Hill, NC 27514

**¿Preguntas o ayuda?, llame gratis a la oficina de asistencia financiera al 866-704-5286.**

## Instrucciones para completar la Solicitud para asistencia financiera

### Sección I: Información del paciente

**Nombre:** Escriba en letra de molde su apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre.

**Fecha de nacimiento:** Escriba su fecha de nacimiento con el año expresado con 4 cifras.

**Número del garante:** Escriba el número del garante localizado en la esquina superior derecha del estado de cuenta de UNC Health Care. Déjelo en blanco si no sabe el número del garante.

**Dirección postal:** Escriba claramente en letra de molde la dirección física donde vive. No utilice un apartado de correos (P.O. Box).

**Número de teléfono primario:** Escriba el número de teléfono primario donde se le pueda localizar.

**Correo electrónico:** Proporcione su dirección de correo electrónico si quiere recibir comunicación por correo electrónico.

**Estado civil:** Marque la casilla adecuada para su estado civil. Marque **soltero** si el paciente es menor de edad y **otro** si está separado.

**Situación de empleo:** Marque la casilla de su situación de empleo. Si trabaja, escriba el nombre y número de teléfono del empleador.

**NC Medicaid de:** Indique si ha solicitado NC Medicaid. En caso afirmativo, escriba la fecha y el resultado de la solicitud.

### Sección II: Cónyuge o garante (si el paciente es menor de 18 años)

**Si está casado, proporcione la información de su cónyuge. Si el paciente es menor de edad, proporcione la información del garante (padre, madre o tutor legal) del paciente.**

**Nombre:** Escriba claramente en letra de molde su apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre.

**Fecha de nacimiento:** Escriba claramente su fecha de nacimiento con el año expresado con 4 cifras.

**Número de teléfono primario:** Escriba el número de teléfono primario donde se le pueda localizar.

### Sección III: Miembros del hogar

**Incluya todos los dependientes, ya sean adultos o menores de edad, que están enumerados en la declaración de impuestos en la sección de DEPENDIENTES y que aún son miembros de su hogar. Si no se presentó la declaración de impuestos, enumere todos los dependientes, ya sean menores de edad o adultos, para quienes usted cubre más de 50% de los gastos diarios.**

**Nombre completo:** Escriba el primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido de cada dependiente en el hogar.

**Relación:** Escriba en letra de molde la relación de cada dependiente con el paciente.

**Fecha de nacimiento:** Escriba claramente la fecha de nacimiento de cada dependiente con el año expresado con 4 cifras.

### Sección IV: Ingresos familiares

**Proporcione la información sobre sus ingresos, los de su cónyuge, los del garante si el paciente es menor de 18 años, y los de cualquier dependiente en el hogar que tiene 18 años o más.** Los ingresos del hogar son, sin ánimo de exhaustividad: sueldo (30 días), ingresos por cuenta propia, beneficios de seguro social, beneficios de veteranos, pensión, dividendos, interés, subsidio de desempleo, indemnización por accidentes laborales, pensión alimenticia e ingresos por alquiler.

**Sin ingresos:** Si no tiene ingresos, adjunte una carta de manutención, firmada y fechada, por parte de la persona que cubre sus gastos diarios.

### Documentación necesaria:

**Para garantizar el trámite oportuno de la solicitud, se deben incluir los documentos enumerados a continuación. Marque todas las casillas de los documentos a continuación antes de presentar la solicitud. Si no puede proporcionar cualquier documento enumerado a continuación, proporcione una explicación escrita.**

- Estado de residencia en NC:** Para comprobar su estado de residencia en NC, proporcione dos documentos enumerados en la sección de *Requisitos del estado de residencia en Carolina del Norte*, a continuación.
- Ingresos:** Talones de cheque para los 30 días anteriores, carta de verificación de beneficios del seguro social, prestaciones por discapacidad o desempleo, carta del empleador de comprobante de ingresos, o carta de manutención por parte de la persona que le ayuda.
- Declaración de impuestos:** Una copia de la declaración de impuestos federales del año más reciente - Formulario 1040 con **todos** los anexos. Si no tiene una copia de la declaración de impuestos, puede llamar al IRS al 1-800-829-1040 para pedir una copia gratuita.
- Cuentas:** Estados de cuenta (del mes pasado) de todas sus cuentas bancarias, por ejemplo, cuenta corriente, cuenta de ahorro, cuenta del mercado monetario y cuenta de jubilación. Debe incluir **todas** las páginas de los estados de cuenta, incluidas las páginas en blanco.
- Bienes raíces:** Proporcione documentación del valor fiscal de cualquier propiedad que usted tenga aparte de su vivienda principal.
- Otro:** Si no se presentó la declaración de impuestos, presente la partida de nacimiento o documentación de tutela para cualquier dependiente menor de edad. Si está casado, presente el certificado de matrimonio o documentación que valide el matrimonio (cuenta bancaria conjunta, propiedad conjunta, etc.). Si el paciente ha fallecido, presente el certificado de defunción.
- Representante:** Si tiene un representante que le está ayudando con el proceso de solicitud, proporcione su nombre y número de teléfono. Proporcionar la información del representante nos autoriza hablar con el representante en su lugar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Requisitos del estado de residencia en Carolina del Norte**

**Estado de residencia en Carolina del Norte**

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

Para verificar el estado de residencia en NC, deben proporcionarse dos documentos de dos de las categorías que se indican a continuación. Se necesita un documento o prueba de una de las categorías identificadas con letras en minúscula que figuran a continuación, más otro documento o prueba de una categoría distinta. Ejemplo: Un artículo de la categoría c y uno de la categoría d serían aceptables. Dos documentos de la categoría b no serían aceptables. Los solicitantes que no tienen dos de los documentos deberán completar y firmar la declaración que figura al final de este formulario 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 automóviles de Carolina del Norte (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 bancaria, 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 Carolina del Norte de un vehículo automotor 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 declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante que muestre 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 hijo 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 ayuda estatal (p. ej. cupones para alimentos) u otros servicios que exigen prueba de residencia en Carolina del Norte. Actualmente, los programas Work First y Energy Assistance no exigen prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j. Registros del 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, o por un período de tiempo indefinido o de residir en Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral.
- l. Una tarjeta de inscripción electoral actual de Carolina del Norte.
- m. Un documento de US Department of Veteran’s Affairs, US Military o 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, institutos, universidades, y centros de estudios superiores) que demuestren 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.
- o. Un documento expedido por un consulado extranjero 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.

**Declaración del solicitante del estado de residencia en Carolina del Norte**

Yo,  (el paciente), confirmo que NO PUEDO proporcionar dos documentos de verificación de 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 cumpla con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para el programa de asistencia financiera de UNC Health Care. Yo entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte podría resultar en ajustes del programa de asistencia financiera para los cuales de otra manera yo no hubiera reunido los requisitos, en cual caso yo podría estar sujeto a penalidades civiles y criminales.

Firma del paciente:	Fecha:
Dirección postal (No un apartado de correos/P.O. Box)	Número de teléfono primario: