

*****ANUNCIO IMPORTANTE SOBRE SU ESTATUS**
FINANCIERO DE UTMB para SERVICIOS CON DESCUENTO***

Estimado Paciente,
UTMB está orgulloso de servir como compañera en su salud. Valoramos nuestra relación con usted y queremos darle a conocer algunos próximos cambios en nuestras políticas que pueden afectarle. Basado en sus ingresos indicados verbales, dependientes e información de activo dada, usted ha sido juzgado potencialmente elegible para un estado de descuento de Indigencia Financiero. Su determinación final estará basada en la documentación que usted proporciona para la consideración del programa de descuento de Indigencia Financiero. Sin embargo, si usted es elegible, sólo sus gastos de UTMB serán rebajados. Para pacientes de Sala de emergencia, los gastos de Médicos de Barrier Reef no serán rebajados. Para nosotros determinar si usted es elegible para un descuento, necesitamos cierta información y documentos de usted. Por favor devuelva la aplicación completada y todos los documentos requeridos 10 días después de la visita de hoy. Encerrado es lo siguiente:

La Lista de Documento aprobada- proporcionar cualquier y todos los documentos indicados en la lista que se adapten a su situación financiera actual.

Carta notariada - si necesita una carta notarial de apoyo o de residencia, se ruega utilizar el formulario oficial incluido en este paquete.

Instrucciones Especiales para los TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA y/o AVISO DE

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN: Para los trabajadores por cuenta propia y/o las personas que no hayan presentado un retorno en el último ejercicio fiscal, hay requisitos especiales. Usted debe proporcionar toda la copia del año más reciente declaración de la renta para prueba de sus ingresos. Si su declaración de impuestos no es preparado por un preparador profesional con un número de identificación fiscal en el ejemplar de el retorno, UTMB requiere que la persona obtenga una transcripción oficial. (Si usted no archiva una vuelta de impuesto, se requiere que usted proporcione un aviso de no clasificación del IRS que reconoce que ninguna declaración ha sido archivada. Usted todavía solicitaría la Transcripción IRS vía este método.) La transcripción es obtenida de la Hacienda Pública (IRS) y se considera la copia oficial de su vuelta de IRS. Usted debe obtener el IRS transcripción antes de presentar su paquete. Este formulario puede solicitarse poniéndose en contacto con el IRS al 1 (800)829-1040 o visite el sitio web del IRS para más detalles. La transcripción puede ser ordenada por completar un formulario 4506-T (PDF) o en el número 1 (800)829-1040 y siguiendo las indicaciones del mensaje grabado. No hay cargo por la transcripción y usted debe recibir en aproximadamente 10 días hábiles después de solicitarlo. Transcripciones de impuestos están generalmente disponibles para los actuales y pasados tres años. Si el formulario 4506-T se utiliza para solicitar la transcripción, tenga la transcripción de IRS enviada a usted y, a continuación, envíe una copia a asesoramiento financiero vía correo, o fax.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa o el documento adjunto, por favor póngase en contacto con nosotros en la dirección mencionada o al número de teléfono a continuación.

Sinceramente,
Consejería Financiera de UTMB

UTMB Financial Counseling
301 University Boulevard
Galveston, TX. 77555-0309

Phone: 409-772-6464
Fax: 409-747-9900



Departamento de Servicios Admisión de UTMB Solicitud para Asistencia Financiera

Por favor lea esta información antes de completar la solicitud:

Al completar esta aplicación, usted está solicitando asistencia financiera para sus servicios en UTMB. Usted debe ser un paciente actual de UTMB para poder aplicar. El proceso de preselección determinará si usted es elegible para ayuda a través de un tercero como Medicaid o el Plan de Salud para Indigentes del Condado (con su condado local) o si es elegible para recibir servicios médicos con descuento en UTMB. Existen algunas exclusiones* que impiden que algunos pacientes reciban un descuento.

Para ser considerado para recibir servicios con descuento, usted debe completar esta solicitud en su totalidad y proveer ciertos documentos en cada una de las categorías en la Lista de Documentos Aprobados. Las categorías en la lista de documentos incluyen pruebas de identificación con una foto válida, dos pruebas de residencia, pruebas de los ingresos de su hogar, prueba de dependientes (incluyendo a su pareja), la declaración de impuestos más reciente, e información sobre sus bienes. En el momento en que el analista financiero estudie sus documentos, también determinará si usted puede ser elegible para recibir ayuda de Medicaid, Incapacidad del SSI, o el Plan de Salud para Indigentes del Condado. Si usted es un candidato potencial para uno de estos programas, usted debe **completar** todo el proceso de **aplicación** de ese programa en particular *antes* de recibir cualquier tipo de ayuda de UTMB.

*Nota: Algunos pacientes no pueden recibir servicios con descuento de UTMB.

- Personas que no son residentes de Texas o si no han vivido en Texas por los seis (6) últimos meses
- Pacientes con seguro de salud incluyendo Managed Care, seguros comerciales, Medicaid o cualquier otro programa de seguro

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL PROCESO DE ASISTENCIA FINANCIERA:

- Por favor revise **TODOS** los requerimientos para el proceso de aplicación. Todos los documentos y la información requerida debe ser entregada para que la aplicación se considere completa y se pueda determinar su estatus financiero.
- Complete **todos** los espacios en blanco en la aplicación sin falta. Si alguna pregunta no aplica para su situación, por favor responda 'ninguno' o N/A (no aplica).
- Si se le pide que aplique para recursos de un tercero, ese proceso de aplicación debe completarse antes de poder ser considerado para servicios con descuento de UTMB.
- Por favor lea cuidadosamente la Declaración de Reconocimiento del Paciente antes de firmar y fechar la aplicación.



Please complete front and back

Departamento de Servicios Admisión de UTMB Solicitud para Asistencia Financiera

Llene completamente la solicitud, firme y presente todos los documentos relacionados con la Lista de prueba

Nombre del solicitante

Fecha

Apellido	Nombre	Segundo nombre	
----------	--------	----------------	--

Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	--------	--------	---------------

Dirección de la casa (si es diferente a la dirección de correo)	Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	--------	---------------

Teléfono de hogar	Teléfono de trabajo	Otro teléfono
()	()	()

Condado de residencia	Número de seguro social	Sexo	Raza
-----------------------	-------------------------	------	------

Estado civil	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Nombre de soltera
--------------	-------------------------------------	-------------------

Patrón actual del paciente	Dirección, Ciudad, Estado	Teléfono del patrón para verificación
		()

Patrón actual del cónyuge	Dirección, Ciudad, Estado	Teléfono del patrón para verificación
		()

MIEMBROS DE GRUPO FAMILIAR/DEPENDIENTES (Incluido cónyuge, enumere únicamente a los miembros del grupo familiar si se reclaman en la declaración de impuestos). Si necesita más espacio, adjunte una lista.

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

INFORMACIÓN FINANCIERA: GRUPO FAMILIAR

Ingreso total	Fuente de ingreso (Empleo, pensión, TEC, incapacidad, etc.)	Tipo de pago Efectivo, cheque, depósito directo	Frecuencia (Semanal, quincenalmente, mensualmente/bimensual)

Si no hay fuente de ingresos, ¿cómo mantiene a su familia y a sí mismo?

REQUISITOS DE RESIDENCIA

¿Es usted ciudadano americano? Si NO, ¿tiene usted una tarjeta de residencia válida?

Sí o No
(Por favor presente una copia)
Sí o No

--	--	--	--

¿Residente de Texas? S o N ¿Tiempo como Residente de Texas? ¿Permanente o Temporal? ¿Si es temporal, dónde está su hogar permanente?



Please complete front and back

Departamento de Servicios Admisión de UTMB Solicitud para Asistencia Financiera

SEGURO O COBERTURA POR TERCERA PARTE

¿Tiene usted o alguien en su familia/grupo familiar un seguro médico? ¿Sí O NO?

Si respondió Sí, complete la siguiente información y proporcione una copia de la tarjeta de seguro (parte delantera y trasera).

Nombre de la compañía de seguros	
Nombre del asegurado	Relación con el paciente

¿Recibe usted beneficios de la Administración de Veteranos? ¿Sí O NO?

¿Ha aplicado usted o cualquier miembro de su familia/grupo familiar para el Programa de Salud para el Indigente del Condado, Medicaid o SSI? ¿Sí O NO?

Si respondió Sí, ¿cuál es el estado actual de la solicitud?

Si está desempleado,
Está usted actualmente INCAPACITADO, HERIDO O TIENE UNA ENFERMEDAD que no le permita trabajar por 12 meses: ¿Sí o No?

Escoja la razón porque sí: INCAPACITADO HERIDO ENFERMO

Lleno su doctor la forma oficial para esta razón: ¿Sí O NO?

¿Usted o alguien en su casa tiene recibos médicos que no ha pagado en los últimos tres meses? ¿Sí O NO?
Si respondió SI, ¿quién?: _____

RECURSOS

CUESTIONARIO FINANCIERO –INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Complete la siguiente información en su totalidad para determinar su estatus financiero. Adjunte los extractos bancarios de los últimos 3 meses de sus cuentas de cheque y/o ahorros, o cualquier otro tipo de cuenta. Si tiene ambos tipos de cuenta y/o múltiples cuentas en diferentes bancos, adjúntelos **todos**. Si no posee cuentas bancarias, el consejero financiero le dirá qué información necesitará para completar esta aplicación.

Provea copias de todas las cuentas bancarias, acciones, bonos, cds, propiedades, vehículos, cuentas/recibos de los cuales usted indica que es responsable en los espacios abajo.

BIENES

1. Efectivo en su mano		\$	
2. Balances en cuentas de cheque, ahorro o CD		\$	
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
3. Acciones, bonos, IRAs/Anualidades/Otras inversiones		\$	
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
Cuenta Banco No. _____	Nombre Institución: _____		
4. Propiedad raíz (excluyendo la residencia principal)			
Tipo de Propiedad _____	Lugar _____	Valor \$ _____	Equidad actual \$ _____
Tipo de Propiedad _____	Lugar _____	Valor \$ _____	Equidad actual \$ _____
Tipo de Propiedad _____	Lugar _____	Valor \$ _____	Equidad actual \$ _____



Please complete front and back

Departamento de Servicios Admisión de UTMB Solicitud para Asistencia Financiera

5. Vehículos (incluyendo botes, RVs, ATV, etc.)

	AÑO	MARCA Y MODELO		AÑO	MARCA Y MODELO
1			4		
2			5		
3			6		

GASTOS MENSUALES:

Renta / Pago hipoteca	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Misceláneo:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Otros pagos de la propiedad	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Pago Vehículo:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Impuestos propiedad:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Pago Vehículo	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Seguro propiedad:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Gasolina:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Servicios Teléfono(s):	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Costos de prescripción:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Gas:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Pagos Tarjeta de Crédito	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Luz:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>		\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Cable:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>		\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Agua	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>		\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Mercado:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Seguro del auto:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Objetos personales:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Otros préstamos/deudas:	\$	<input style="width: 95%;" type="text"/>

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

La información en esta forma y cualquier otra información provista por escrito o verbal es verdadera y correcta. Yo le proporcionaré los documentos correctos necesarios para completar este proceso. Estoy de acuerdo en informar cualquier cambio en mis ingresos, dependientes, residencia y seguro o cobertura por tercera parte en un período de 14 días. Estoy de acuerdo también que si solicito aplicar para una seguro o cobertura por tercera parte, debo completar ese proceso antes de ser aceptado para asistencia financiera con UTMB. Yo le doy mi autorización a UTMB para que investigue toda la información dada en esta solicitud y para que también obtenga la información de mi reporte de crédito.

Al llenar este formulario para la asistencia no garantiza que seré aceptado como paciente en UTMB. Pero si fuera aceptado como paciente, tengo conocimiento que se requieren depósitos para todos los servicios en UTMB. Estos servicios incluyen las visitas a pacientes ambulatorios, pruebas, procedimientos, admisiones y visitas a cuartos de emergencias. Las cantidades de depósitos varían en estas áreas diferentes con base en los cargos estimados.

*Se requiere su número de seguro social (SSN) para que La facultad de Medicina de la Universidad de Texas en Galveston procese rápidamente su asistencia financiera, verifique su identidad o ayude en la verificación de su cobertura de seguro. Ningún estatuto u otra autoridad requerirá que usted informe su SSN para estos propósitos. Sin embargo, si usted no da su SSN, puede ocasionar retrasos en el proceso de su asistencia financiera o en la obtención de información de su seguro. Otras solicitudes de su SSN estarán controladas por la Acta de Información Pública (Capítulo 552 Del Código del Gobierno de Texas) y por otra ley aplicable.

*****LA REPRESENTACIÓN FALSA DE CUALQUIER INFORMACIÓN EN ESTA APLICACIÓN ES CONSIDERADA FRAUDE Y RESULTARÁ EN LA EXCLUSIÓN DEL PACIENTE DEL PROCESO PARA RECIBIR SERVICIOS CON DESCUENTO EN UTMB*****

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

Lista de documentos en español aprobados

La Facultad de Medicina de la Universidad de Texas puede revisar y considerar el ingreso económico familiar para posibles descuentos en los Servicios. La calificación para el descuento depende de varias cosas, su empleo, su ingreso total y el número de dependientes que usted tenga. Para participar en el programa de descuento, usted deberá traer ciertos documentos de cada una de las categorías de la lista de abajo. Para más información por favor visite el website de UTMB www.utmb.edu/financialcounseling

PRUEBAS

- I. IDENTIFICACIÓN (Mande una)
- Licencia de conducir de Texas
 - Tarjeta de identificación de Texas
 - Tarjeta de empleado con foto
 - Tarjeta de residente de Texas o visa de residente
 - Pasaporte
 - Tarjeta de identificación de estudiante con foto
 - Tarjeta de identificación militar con foto
 - Tarjeta de identificación (con foto) de acceso al sistema de Salud del condado de Gálveston
- II. RESIDENCIA (Mande dos) Las pruebas deben mostrar que la residencia en el estado de Tejas ha sido establecido durante los últimos seis (6) meses
- Licencia de conducir actualizada de Texas
 - Recibos actualizados de servicios (agua, gas, etc.) que tengan nombre y dirección.
 - Carta actualizada de Medicaid.
 - Carta actualizada de otorgamiento de beneficios o cheques del Seguro Social.
 - Informes escolares actualizados que verifiquen la dirección.
 - Estado de cuentas o cartas de negocio enviadas por el estado, condado o la ciudad.
 - Recibo de alquiler o contrato de arriendo que indique la dirección.
 - Si usted esta viviendo con un familiar o amigo, usted debe traer una carta notariada de la persona con quien vive certificándolo junto con la prueba de residencia que se le pidió. Una forma de carta para notarizar que UTMB acepta se puede imprimir de www.utmb.edu/financialcounseling o se puede obtener de la oficina de consejería financiera.
 - Tarjeta de registro de votante
 - Papeles de registro del vehículo
- III. DEPENDIENTES (INCLUYENDO A SU ESPOSO/A COMO DEPENDIENTE)
- Carta actualizada de elegibilidad de Medicaid.
 - Tarjeta(s) de seguro social
 - Certificado(s) de nacimiento
 - Declaración de ingresos del año anterior.
 - Registro de custodia o documentos legales de tutoría
 - Registros de la escuela
 - Cualquier documento razonable que demuestre la relación padre (guardián)-hijo.
- IV. INGRESOS (Mande los documentos que correspondan a usted) – (se debe dar la cantidad de ingresos brutos)
- Cuatro (4) recibos de pago (o talones de cheques) consecutivos, los más recientes, dos (2) si le pagan quincenalmente, y uno si le pagan mensualmente que muestre la cantidad de ingreso bruto.
 - Información de fondos, dividendos, intereses de ingresos que muestre la cantidad de ingreso bruto.
 - Talones actuales de cheques de pago de jubilación..
 - Carta actualizada de otorgamiento de beneficios del Seguro Social para los esposos y los niños.
 - Carta actualizada con membrete de la compañía del empleador o una carta de verificación de empleo (solo si le pagan en efectivo o con cheques personales)
 - Carta(s) actualizadas de otorgamiento de beneficios de la Administración de Veteranos.
 - Prueba de sostenimiento infantil, sentencia de divorcio, o forma de la oficina del Procurador General.
 - Documentación actualizada de la comisión de Empleo de Tejas (Tejas WorkforceCommission), si está desempleado y/o recibe beneficios de desempleo.
 - Planilla 1040 de pago de impuestos del año anterior con todos los anexos (verificada con una copia oficial del IRS, [vea abajo](#))*
 - Copia del cheque actual de Medicaid / TANF o de la carta de otorgamiento o carta de otorgamiento de estampillas para comida.
 - Carta de apoyo actualizada con membrete de una organización cívica, eclesiástica u otra organización.
 - Carta de apoyo notariada y actualizada, si está desempleado/ sin fuentes de ingresos y está viviendo con un familiar o amigo. Una forma de carta para notarizar que UTMB acepta se puede imprimir de www.utmb.edu/financialcounseling o se puede obtener de la oficina de consejería financiera.
 - Pensión alimenticia o ingreso de apoyo de esposo/a
- V. SEGURO O COBERTURA POR TERCERA PARTE (SI ES APLICABLE)
- Copia de la tarjeta del seguro (anterior y posterior), que muestre: Nombre de la compañía de seguros, dirección, número de la póliza y el número del certificado.
 - Tarjeta de identificación de Medicare
 - Carta del Programa de salud para Indigentes del Condado
 - Carta actualizada de identificación de Medicaid.
 - Carta de negación del Medicaid
 - Carta de negación del programa de salud para indigentes del condado
- VI. INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS/BIENES (en adición a los anteriores)– incluyendo pero no limitados a:
- La declaración de impuestos más reciente. *Si usted no envió su declaración de impuestos para el año más reciente, debe obtener una declaración del IRS a través del mismo método de la Transcripción del IRS para confirmarlo.
 - Los estados de pérdidas y ganancias más recientes (por lo menos un cuarto) para los dueños de negocios
 - La declaración de impuestos para negocios si el aplicante es dueño de más del 5% de una sociedad o corporación.
 - Los tres extractos bancarios más recientes de cada cuenta de cheques, cuenta de ahorros, fondos mutuos, IRA, certificados de depósito (CDs), y cualquier otra cuenta de inversión
 - Los tres extractos más recientes (o del cuarto) de acciones, bonos, etc.
 - Documentos de apreciación del condado para todas sus propiedades excepto donde usted vive. Documentos financieros con el balance de la hipoteca para determinar el valor de la equidad.
 - Valor de rentas de petróleo
 - El valor en efectivo de sus pólizas de seguro de vida
 - Toda la información sobre vehículos de motor, incluyendo autos, camiones, RV's, motocicletas, botes, y aviones que están en su casa

NOTA IMPORTANTE!

Los items en esta lista son una guía que sirve en la mayoría de situaciones financieras. Puesto que la situación de cada individuo puede variar, podríamos solicitarle documentación más específica que la presente en esta lista.

Por favor envíe sus comprobantes y aplicación por correo. Un consejero económico le ayudará a solicitar su participación en cualquiera de los programas del estado en los cuales usted pueda participar. Si usted tiene alguna pregunta relacionada con estos procedimientos, Por favor envíenos una carta a:

UTMB Admitting Services, Financial Counseling (409) 772-6464 FAX (409) 747-9900
301 University Blvd. Rt. 0309
Galveston, Texas 77555-0309

Si la planilla de declaración de impuestos no fue preparada por un profesional y si no tiene el número de identificación de impuesto en la planilla, Debe mostrar una copia de una transcripción oficial obtenida de la oficina del IRS 1-800-829-1040 o busque en el website del IRS para detalles. Website: www.irs.gov/fags/faq1-6.html Este es un servicio gratuito.