



Nombre del solicitante principal: _____

Fecha: _____

Fecha de revisión: 03/2024

Enviar a: Indiana University Health
1155 W. 3rd St.
Bloomington, IN 47404

Correo electrónico: FinancialAssistance@IUHealth.org
Teléfono: 1.888.531.3004
Fax: 1.812.353.2032

Acerca de la política de asistencia financiera de IU Health

Si usted es un residente de Indiana, según se define en la política de asistencia financiera de IU Health, y recibe atención calificada, es posible que sea elegible para recibir asistencia adicional si el pago de sus facturas médicas representa una dificultad financiera y usted lo solicita. Si cumple los criterios del Nivel Federal de Pobreza (FPL) que se indican a continuación, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera de hasta el monto total de su factura médica.

N.º de adultos en el hogar	N.º de personas dependientes en el hogar	Límite de ingresos del FPL
Más de 1	0	200 %
Más de 2	Más de 1	250 %
1	Más de 1	300 %

Si sus ingresos superan estos niveles, pero la cantidad que debe es superior al 5 % de los ingresos anuales del hogar, si lo solicita, puede optar a un descuento para reducir su saldo de paciente al 5 % de sus ingresos anuales.

Para consultar la política de ayuda financiera de IU Health en su totalidad, visite: <https://iuhealth.org/pay-a-bill/financial-assistance>

Documentación requerida

Para que se pueda tramitar una solicitud de ayuda financiera, la siguiente información financiera DEBE devolverse junto con esta solicitud de ayuda financiera cumplimentada y firmada. Para garantizar la tramitación oportuna de su solicitud, entréguela en un plazo de veintiún (21) días calendario. **No envíe documentos originales.**

- a. Todas las fuentes de ingresos del hogar o del garante de los últimos tres (3) meses, incluido al menos uno de los siguientes documentos:
 1. Recibos de sueldo o beneficios del Seguro Social de los últimos tres (3) meses.
 2. Últimas declaraciones de impuestos estatales y federales, completas con todos los anexos.
 3. Última declaración W-2.
- b. Últimos tres (3) extractos de cuentas corrientes y de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos y cuentas del mercado monetario.
- c. En caso de que los ingresos del paciente o garante no justifiquen la presentación de una declaración de impuestos federales, la persona podrá presentar una declaración jurada que acredite lo anterior.

Además, los solicitantes deben demostrar su residencia en Indiana y su dirección principal, que no puede ser un apartado de correos, presentando dos (2) documentos que cumplan los requisitos. Entre los documentos que cumplen los requisitos, pueden figurar los siguientes:

1. Una factura de una compañía de servicios públicos, tarjeta de crédito u otro tipo de factura:
 - a. Emitida en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de solicitud.
 - b. Que contenga el nombre y la dirección de residencia del solicitante.
2. Un contrato de préstamo hipotecario o similar, o un contrato de arrendamiento o alquiler que contenga:
 - a. El nombre y dirección del solicitante.
 - b. Las firmas de las partes necesarias para ejecutar el acuerdo.
3. Una confirmación del cambio de dirección del Servicio Postal de los EE. UU. (formulario CNL107) que contenga la dirección antigua y la dirección actual del solicitante.
4. Una tarjeta de registro de votante de Indiana.
5. Un estudio topográfico de la propiedad en Indiana del solicitante, elaborado por un topógrafo autorizado, que contenga el nombre y la dirección de residencia del solicitante.



Nombre del solicitante principal: _____

Fecha: _____

Fecha de revisión: 03/2024

Formulario de solicitud

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono principal: _____

Correo electrónico principal: _____

¿Algún miembro de su hogar ha solicitado o ha recibido la aprobación para recibir ayuda económica de IU Health en los últimos 12 meses?

Sí No Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

Miembros del hogar

Indique el nombre completo y la fecha de nacimiento de todos los miembros. Rellene cada casilla por cada miembro del hogar.

Nombre <i>Nombre completo: primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social	Estado civil	Situación fiscal	Solicitud de asist. financiera
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado con declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo que califica <input type="checkbox"/> No declara impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Nombre del solicitante principal: _____

Fecha de revisión: 03/2024

Fecha: _____

Información del seguro

Indique si usted o algún miembro de su hogar tiene alguno de los siguientes seguros:

¿El hogar ha solicitado Medicaid? Sí No Si la respuesta es "no", indique el motivo: _____

Si la respuesta es "sí", indique la fecha de la solicitud: ____ Estado de la solicitud: Pendiente Aprobada Denegada

¿Algún miembro del hogar tenía seguro médico al momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí No

Si la respuesta es "no", complete la siguiente información:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del seguro	Fecha de vigencia	Número de póliza/ número de póliza de grupo	Nombres de los miembros cubiertos

Empleo/ingresos del hogar

Si está desempleado y recibe beneficios por desempleo, indique esa información en la sección "Otros ingresos del hogar".

Miembro del hogar:	Nombre del empleador, dirección y cargo <i>Indique el nombre del empleador, si corresponde.</i>	Importe de los ingresos <i>(por período de pago a la derecha)</i>	Período <i>Seleccione una opción</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(si corresponde)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Hora N.º de horas por semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Hora N.º de horas por semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Hora N.º de horas por semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Hora N.º de horas por semana _____		

Otros ingresos del hogar

Indique si usted o un miembro del hogar recibe alguno de los siguientes ingresos mensuales:

Tipo	Miembro del hogar:	Monto mensual	Tipo	Miembro del hogar:	Monto mensual
Beneficios del VA:			Desempleo:		
Manutención infantil:			SSI/SSD/SSDI:		
Jubilación:			Otro:		

Resumen del hogar

Registre los montos totales calculados en los campos anteriores:

Tamaño total del hogar	Ingresos totales del hogar	Total de otros ingresos del hogar

Activos/recursos

Indique si usted o algún miembro del hogar posee alguno de los siguientes activos o recursos:

Miembro del hogar:	Tipo	Valor
	Total de cuentas corrientes	
	Total de cuentas de ahorro	
	Otros (CD, acciones, bonos, mercados monetarios, etc.)	
Total de TODOS los activos:		



Nombre del solicitante principal: _____

Fecha de revisión: 03/2024

Fecha: _____

Gastos

Indique si usted o algún miembro del hogar tiene alguno de los siguientes gastos mensuales:

Gasto:	Miembro del hogar:	Importe mensual del gasto:	Gasto:	Miembro del hogar:	Importe mensual del gasto:
Alquiler/hipoteca			Servicios públicos		
Alimentos			Tarjetas de crédito		
Pagos de vehículos			Seguro vehicular		
Gastos médicos			Farmacia		
Cuidado infantil			Otro		
Total de TODOS los gastos mensuales:					

Verificación y autorización

(a esta sección la deben completar todos los adultos del hogar)

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que mis respuestas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Me comprometo a comunicar a IU Health en el plazo de diez (10) días si se producen cambios en mis ingresos (o en los de la persona en cuyo nombre actúo), propiedades, gastos, número de personas en el hogar o cambio de domicilio.

Entiendo que se me puede pedir que demuestre mis declaraciones, y que mis declaraciones de elegibilidad estarán sujetas a verificación mediante contacto con mi empleador, banco, proveedores de crédito y búsquedas de propiedades y, por la presente, autorizo a IU Health y sus designados a realizar dicha verificación.

Entiendo que el hospital tiene la obligación legal de mantener la confidencialidad de cualquier información que facilite.

Acepto permitir que los empleados y contratistas de IU Health se pongan en contacto con cualquier adulto del hogar identificado en esta solicitud para obtener toda la información que sea necesaria para completarla y procesarla.

Asimismo, acepto, como consideración por recibir servicios médicos como consecuencia de un accidente o lesión, reembolsar al hospital los ingresos procedentes de cualquier litigio o acuerdo resultante de dicho incidente.

Entiendo que si no califico para recibir asistencia financiera, puedo apelar esa decisión por escrito aportando documentación adicional. Si se me vuelve a denegar la ayuda económica, puedo ser responsable del pago de las facturas pendientes.

Firma del adulto: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del adulto (si corresponde): _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del adulto (si corresponde): _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del adulto (si corresponde): _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____