Patient Financial Services
3281 Ridgeway Dr. Suite 300
Coralville, IA 52241
866.393.4605 Tel
319.356.2862 Fax
http://www.uihc.org/billpay

Nos da gusto de que usted eligió a la University of Iowa Health Care. Gracias por preguntar acercade nuestro programa de asistencia financiera para personan que viven en el estado de Iowa.

Antes de enviar su solicitud, asegúrese de que usted:

- ☐ Ha llenado completamente y firmado su aplicación
- ☐ Incluya su carta de respuesta de Medicaid y para el programa de Medically Needy si es negado para Medicaid
- ☐ Incluya los últimos 3 talones de cheques del paciente, usted y su cónyuge si tiene uno y segundo padre si el paciente es menor de edad
- ☐ Copias de las cartas de concesión de beneficios (pensión, desempleo, discapacidad, o ingresos del Seguro Social)
- ☐ Incluya el comprobante de todas las fuentes de ingresos que usted ha enumerado en su aplicación
- ☐ Tus 2 extractos bancarios más recientes
- ☐ Incluya una copia completa de la última declaración de impuestos presentada (incluidos todos los anexos) o complete **La Línea B en la Sección 3** del formulario
- ☐ Incluya una copia de identificación con foto como licencia de conducir valida de Iowa, o tarjeta de residencia permanente

Por favor tenga en cuenta:

- Documentos o información que falten en su aplicación dilatarán el procesamiento de su solicitud
- Por favor, envié copias de todos los documentos justificativos. Mantenga los documentos originales para sus archivos
- Por favor continúe haciendo pagos en su factura
- Le enviaremos una carta por correo para informarle si usted fue aprobado o rechazado para el programa

Si usted tiene alguna pregunta llame al 866-393-4605.

(Si necesita la ayuda de un intérprete o tiene alguna pregunta, por favor de llame al número 319-356-1967)

Solicitar asistencia financiera de MyChart

O Envíe su solicitud y todos los documentos a:

University of Iowa Health Care
PFS – Financial Aid
3281 Ridgeway Dr. Suite 300
Coralville, IA 52241

Email: **pfs-patientbilling@uiowa.edu** Fax: 319-356-2862

IOWA HEALTH CARE

Financial Support Form
UI Health Care Use Only:
Account#_____

Sección 1: Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Nombre de la persona responsable (si el paciente es menor de edad) _____

Dirección: _____Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil (marque uno): Casado/a ○ Soltero/a ○ Divorciado/a ○ Viudo/a ○ Numero de Teléfono: _____

Nombre (s) del cónyuge y dependientes adicionales (Use el reverso de la solicitud si necesita más espacio)	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente

Sección 2: Información de Seguros

Nombre de su empleador: _____

Nombre de su seguro médico: _____

Sección 3 : Información de Ingresos

Fuente de Ingresos por cada Mes	Cantidad de Ingresos Mensuales	Cantidad de Ingreso Mensual para Cónyuge/Otro	**Por favor incluya la copia más reciente de los siguientes documentos**
Salarios/Trabajo Independiente, Manutención de los Hijos	$	$	Copia de últimos tres talones de cheques, Impuestos e Programa C o C EZ para Trabajadores Independientes
Seguro Social	$	$	Carta del Seguro Social
Pensiones e Ingresos por Alquilar	$	$	Carta de Pensión, Plan de Impuestos de ingresos por alquilar
Desempleo y Compensación de los Trabajadores	$	$	Carta de Desempleo o Compensación de los Trabajadores

Línea A: Si usted tiene $0.00 ingresos, indique su ultima fecha de empleo y como satisface sus necesidades basicas:

_____

_____

Línea B: Si no lleno sus impuestos o no tiene estados de una cuenta bancaria, indique la razón:

_____

Línea C: ¿Tiene bienes con mayor valor de $25,000, sin incluir su hogar principal y un vehículo?: Sí ○ No ○

- Si respondió Sí, indique esos bienes y el valor estimado de esos bienes a continuación:

_____

Al firmar esta aplicación, estoy de acuerdo que:

La información en esta aplicación esa correcta. Es contra la ley dar falsa información
UI Health Care puede confirmar la información en esta aplicación, o conseguir un informe de crédito
Soy residente del estado de Iowa

Firma del Paciente/Guardian_____ **Fecha** _____

**** Su aplicación no será aceptada si está incompleta o esta falta de información ****