

Nos da gusto de que usted eligió a la Universidad de Iowa Hospitales y Clínicas para su cuidado médico. Gracias por preguntar acerca de nuestro programa de asistencia financiera para personas 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 válida 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, envíe 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)

Envíe su solicitud y todos los documentos a:

University of Iowa Hospitals and Clinics
PFS – Financial Aid
3281 Ridgeway Dr. Suite 300
Coralville, IA 52241

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

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 (por favor marque uno): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Número de Teléfono: _____

Nombres de familiares que viven en el hogar (Utilice la parte posterior de la aplicación si usted necesita mas 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 Alquiler	\$	\$	Carta de Pensión, Plan de Impuestos de ingresos por alquiler
Desempleo y Compensación de los Trabajadores	\$	\$	Carta de Desempleo o Compensación de los Trabajadores

Línea A: Si usted tiene \$0.00 ingresos, por favor indique como satisface sus necesidades basicas:

Línea B: ¿Lleno sus impuestos? Sí No Si usted marcó No, por favor indique la razon:

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 es 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 ****