

Nos da gusto de que usted eligió a la University of Iowa Health Care. 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](tel:866-393-4605).**

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

**\*\*\*[Haga clic aquí para solicitar asistencia financiera de MyChart](#)\*\*\***

**Q 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](mailto: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 (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 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, 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 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 \*\***