

UAMS Salud
Oficina de Liquidación Financiera
4301 W. Markham Street, Ranura 729
Little Rock, AR 72205-7199
www.uams.edu



Estimado Sr./Sra.

Se adjunta una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de Salud de UAMS. Este programa está disponible para residentes de Arkansas (y residentes de Texarkana, TX) que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Para solicitar este programa, complete la solicitud adjunta y proporcione la siguiente documentación:

- Comprobante de ingresos de todas las fuentes para todos los miembros adultos de su hogar durante los últimos 2 meses, incluidos los talones de pago o la verificación de los ingresos del trabajo por cuenta propia.
- Prueba de residencia en Arkansas.
- Carta de aprobación de Medicaid, carta de denegación o ID de validación de la solicitud de Medicaid

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o necesita ayuda para completar la solicitud, puede contactarnos a uno de los números de teléfonoa continuación. Le notificaremos cuando nuestra oficina reciba la solicitud. También recibirá una notificación que indica la aprobación o denegación de asistencia financiera dentro de los 30 días posteriores a la recepción.

Si el paquete de solicitud no está completo, le notificaremos por escrito de los elementos que faltan. Tendrá 15 días para proporcionar la información necesaria. El hecho de no proporcionar la información requerida puede resultar en una denegación de asistencia financiera.

Si se descubre que alguna de la información proporcionada es falsa o falsa, la solicitud será denegada y se retirará cualquier descuento recibido. La solicitud también será denegada si no coopera con el proceso de solicitud de Medicaid.

La solicitud puede enviarse por correo a la dirección en la parte superior de esta carta, enviarse por correo electrónico a OFCFinancialCounseling@uams.edu o entregarse a nuestra oficina o a cualquier clínica de UAMS Health. La fecha en que se devuelve la solicitud se utilizará para determinar la fecha efectiva del descuento si se aprueba la asistencia.

Sinceramente

Oficina de Liquidación Financiera
UAMS Salud
(501) 686-7400 (local)
(855) 841-8307 (llamada gratuita)

LISTA DE VERIFICACIÓN FINANCIERA DE UNASSISTANCE

1. Aplicación

- Responde a todas las preguntas completamente
- Firmar y fechar la solicitud

2. Complete la solicitud de Medicaid en www.access.arkansas.gov

- Prueba de solicitud proporcionando el número T de la solicitud
 - o
- Carta de aprobación de Medicaid
 - o
- Carta inicial de Medicaid

3. Comprobante de ingresos para todos los adultos que viven en su casa (18 años o más). Por favor, incluya todas las fuentes de ingresos.

- Una copia de su declaración de impuestos federales firmada completa con todos los anexos para el último año presentado.
- Talones de pago de los últimos 2 meses. (Salarios, propinas y salarios antes de la deducción)
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Otro comprobante de ingresos
- Si no hay ingresos, complete la Declaración del Proveedor.

4. Prueba de su identidad y de dónde vive con uno de los siguientes.

- Una copia de su licencia de conducir de Arkansas o tarjeta de identificación con foto
 - o
- Una copia de su visa, pasaporte u otra tarjeta de identificación con foto si no es residente de Arkansas.
 - o
- Ccompletar el formulario de Declaración de Solicitud de Residencia de Arkansas.

Solicitud de Asistencia Financiera de UAMS Health

Nombre del paciente: _____ # de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

MIEMBROS DEL HOGAR:

	Nombre	Edad	Empleado	Relación del paciente
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____

INGRESOS: Enumere los ingresos brutos del hogar

	Últimos 12 meses
Salarios	\$ _____
Granja/Autónomo	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Pensiones	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Manutención de los hijos	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____
Compensación de Trabajadores	\$ _____
Asistencia Pública	\$ _____
Otros (describir) _____	\$ _____

ACTIVOS: Cuentas bancarias, bienes raíces, propiedades de alquiler, acciones, etc.

Ahorros (proporcionar estados de cuenta de los últimos 3 meses)	\$ _____
Comprobación (proporcionar estados de cuenta de los últimos 3 meses)	\$ _____
Otros (describir): _____	\$ _____

¿Tiene seguro médico o seguro de ingresos por discapacidad? Yes _____ No _____

En caso afirmativo, por favor enumere: Pagador Name _____ Póliza # _____

¿Ha solicitado Medicaid de Arkansas? Yes _____ No _____

Certifico que esta información es verdadera y completa. Autorizo cualquier investigación de crédito que se considere necesaria para verificar esta información.

Firma _____ Date _____

FOR IN OFFICE USE ONLY: MRN _____ () new () renewal



DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR
(Solo completo si no hay ingresos familiares en la solicitud)

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

No estoy empleado y no recibo ingresos familiares de ninguna fuente.

Imprimir Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

Proporciono gastos básicos mensuales de vida para la persona de arriba. Estos gastos pueden incluir comida, refugio, medicamentos, servicios públicos y transporte.

Nombre del proveedor de impresión _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

UAMS Salud
Oficina de Liquidación Financiera
4301 W. Markham Street, Ranura 729
Little Rock, AR 72205-7199
www.uams.edu



Declaración de solicitud de residencia en Arkansas
(Solo completo si no tiene ningún documento para probar la residencia)

No puedo proporcionar documentación de verificación de residencia del estado de Arkansas.

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que cumpla con los requisitos de residencia del estado de Arkansas para la organización benéfica de salud UAMS. Entiendo que una declaración falsa o engañosa por mi parte puede resultar en ajustes de caridad para los cuales de otro modo no habría calificado, y puede someterme a sanciones civiles y penales.

Nombre de impresión: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de no discriminación

La Universidad de Arkansas para Ciencias Médicas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género, identidad de género u orientación sexual. UAMS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género, identidad de género u orientación sexual. UAMS:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 501-686-7000. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al 1-800-285-1131 o al 711 para comunicarse con UAMS al 501-686-7000.

Si cree que UAMS no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con:

Coordinador de Relaciones con el Paciente
4301 W. Markham Street, #728 Little Rock, AR 72205
Teléfono: 501-296-1039
Fax: 501-686-8175
patientrelations@uams.edu

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de relaciones con los pacientes de UAMS está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja con:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

ATENCIÓN: Los servicios de asistencia lingüística, sin cargo, están disponibles para usted. Llame al 501-686-7000.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-501-686-7000.