

**UAMS Health**  
**Oficina de Asistencia Financiera**  
**4301 W. Markham Street, Slot 729 Little Rock, AR 72205-7199**  
**www.uams.edu**



Estimado Sr./Sra.

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

- Comprobante de todas las fuentes de ingresos de todos los miembros adultos de su hogar durante los últimos 2 meses, incluyendo los talonarios de pago o comprobación de los ingresos de trabajo por cuenta propia.
- Prueba de residencia de Arkansas.
- Carta de aprobación de Medicaid, carta de negación o la identificación válida (ID) de la solicitud de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o necesita ayuda para completarla, puede comunicarse con nosotros a nuestros números de teléfonos que aparecen a continuación. Le notificaremos cuando nuestra oficina reciba su solicitud. También recibirá una carta indicando la aprobación o negación de asistencia financiera dentro de los 30 días posteriores a la fecha de recibo.

Si el paquete de solicitud no está completo, le notificaremos por escrito de lo que haga falta. Tendrá 15 días para proporcionar la información necesaria pendiente. El no proporcionar la información requerida puede resultar en la negación de asistencia financiera.

**Si parte de la información proporcionada es falsa, la solicitud será rechazada y cualquier descuento recibido será retirado.** La solicitud también será rechazada si no coopera con el proceso de solicitud de Medicaid.

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

Sinceramente,

Oficina de Asistencia Financiera  
UAMS Health  
(501) 686-7400 (local)  
(855) 841-8307 (línea gratuita)

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

### 1. Aplicación

- Responder todas las preguntas
- Firmar la solicitud y poner la fecha

### 2. Complete la solicitud de Medicaid en [www.access.arkansas.gov](http://www.access.arkansas.gov)

- Prueba de solicitud proporcionando el número T de aplicación
  - o
- Carta de aprobación de Medicaid
  - o
- Carta de negación de Medicaid

### 3. Comprobante de ingresos de 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 completa de impuestos federales firmada con todos los anexos para el último año declarado.
- Talones de pago de los últimos 2 meses. (Sueldos, propinas y salarios antes de la deducción)
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Otros comprobantes de ingresos
- Activos: estados de cuentas bancarios de los últimos 3 meses u otra documentación de activos
- Si no hay ingresos, complete el Declaración del Paciente/ Proveedor.

### 4. Prueba de su identidad y de dónde vive proporcionando 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 identificación con foto (prueba de identidad) y un contrato de arrendamiento, una factura de servicios públicos o un formulario de Declaración de Solicitud de Residencia de Arkansas completo (prueba de donde vive).

# Solicitud de Asistencia Financiera de UAMS

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## MIEMBROS DEL HOGAR:

	Nombre	Edad	Empleador	Relación con el paciente
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____

## INGRESOS: Enumere los ingresos netos del hogar

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

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

Cuenta de Ahorros (proporcionar estados de cuentas de los últimos 3 meses) \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheques (proporcionar estados de cuentas de los últimos 3 meses) \$ \_\_\_\_\_

Otros (describir): \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico o seguro de ingresos por discapacidad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor enumere: Nombre de quien paga \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Arkansas Medicaid? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:** MRN \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Nuevo (\_\_\_\_\_) Renovar



## DECLARACIÓN DEL PACIENTE / PROVEEDOR

(Completar solo si el paciente no tiene ingresos)

### DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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

Nombre del Paciente en letra molde: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

Proporciono gastos básicos mensuales para la persona arriba indicada. Estos gastos pueden incluir alimentos, vivienda, medicamentos, servicios públicos y transporte.

Nombre del Proveedor en letra molde: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

UAMS Health  
Oficina de Asistencia Financiera  
4301 W. Markham Street, Slot 729 Little Rock, AR 72205-7199  
www.uams.edu



## Aplicación de Declaración de Residencia del Estado de Arkansas

(Completar solo si no tiene ningún documento que verifique 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 verificar que cumpla con los requisitos de residencia del Estado de Arkansas para el Programa de Asistencia Financiera de UAMS. Entiendo que una declaración falsa o tergiversada por mi parte, puede resultar en ajustes de la Asistencia Financiera para la cual de otro modo no habría calificado, puede someterme a sanciones civiles y penales.*

Nombre en letra molde \_\_\_\_\_

Número de 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 ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen eficazmente con nosotros, mediante:

- Intérpretes competentes en el 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:
  - o Intérpretes competentes
  - o En formación escrita en otros idiomas

**Si necesita estos servicios, llame al 501-686-7000.** Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al 1-800-2851131 o al 711 para comunicarse con UAMS al 501-686-7000.

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

Patient Relations Coordinator  
4301 W. Markham Street, #728  
Little Rock, AR 72205  
Teléfono: 501-296-1039  
Fax: 501-686-8175  
[patientrelations@uams.edu](mailto:patientrelations@uams.edu)

Puede presentar una queja en persona, 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 ayudarle.

## **También puede presentar una queja electrónica en:**

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

U.S. Department of Health and Human Services  
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:** Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 501-686-7000.