

Date
Patient Name
Address
City, State, Zip



Gracias por su interés en el programa de asistencia financiera de UNC Health. El programa ayuda a aliviar la carga financiera de servicios de atención médica elegibles prestados en entidades participantes de UNC Health. Para cumplir con los requisitos, tiene que ser residente de Carolina del Norte y que el conjunto de sus ingresos y activos familiares sea igual o inferior al 300% de las Pautas Federales para Determinar el Índice de Pobreza.

Para determinar si reúne los requisitos, llene el formulario de solicitud adjunto e incluya los documentos justificativos enumerados a continuación.

Cómo presentar el formulario de solicitud y los documentos justificativos:

- **Por fax (confidencial):** (984) 974-6454
- **A través del portal confidencial My UNC Chart para pacientes de UNC Health:** myuncchart.org
- **Por correo:** 101 Manning Drive, Chapel Hill, NC 27514
- **En persona:** 1101 Weaver Dairy Road, Suite 106, Chapel Hill, NC 27514

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda:

- **Teléfono:** (984) 974-3425 o gratis al (866) 704-5286
- **Horario de atención: de lunes a jueves,** de 8:00 a.m. a 4:00 p. m. (Cerrado todos los días entre las 12:00 y la 1:00 del día). La oficina está cerrada los viernes.

Documentos requeridos:

1. **North Carolina Medicaid:** si no tiene seguro médico, podría reunir los requisitos para recibir Medicaid de Carolina del Norte. Tiene que responder algunas preguntas para determinar si reúne los requisitos de Medicaid y, si los reúne, puede solicitar Medicaid y presentar evidencia de la decisión.
2. **Residencia de Carolina del Norte:** presente dos pruebas de residencia en Carolina del Norte que muestren la dirección de Carolina del Norte en donde vive actualmente (por ejemplo, la licencia de conducir, la factura de los servicios públicos).

3. **Ingresos:** presente prueba de los ingresos brutos en los 30 días más recientes para cada persona adulta, mayor de 18 años, que viva en su casa. (por ejemplo, salarios, seguro social, jubilación, beneficios para veteranos, desempleo, discapacidad)
4. **Sin ingresos:** si no devenga ningún tipo de ingreso, presente una carta de manutención firmada y fechada por la persona que paga por sus necesidades de vida diarias.
5. **Activos:** presente una prueba de los activos en los 30 días más recientes para cada persona que viva en su casa (por ejemplo, estados de cuenta bancarios, cuentas de jubilación, inversiones).
6. **Declaración tributaria:** presente una copia de su declaración tributaria federal (1040) más reciente e incluya todos los anexos.
7. **Bienes inmuebles:** si usted es propietario de otros inmuebles además de su residencia principal, presente una copia de la documentación de los impuestos sobre los bienes inmuebles o evidencia de ingresos por alquiler.
8. **Otros bienes:** si usted no declara impuestos, presente copias de los certificados de nacimiento para cualquier dependiente, certificados de matrimonio, o certificado de defunción, si el paciente ha fallecido.

Gracias.

Unidad de asistencia financiera de UNC Health (UNC Health Financial Assistance)

I: Requerimiento de NC Medicaid

Si no tiene seguro médico, podría reunir los requisitos para recibir Medicaid de Carolina del Norte. Antes de recibir asistencia financiera, tendremos que determinar si reúne los requisitos de Medicaid.

Marque la casilla que corresponda a su caso:

- ☐ **No** me han evaluado en los últimos 6 meses para determinar si reúno los requisitos de Medicaid. Comuníquese con la Unidad de Asistencia Financiera de UNC al (984) 974-3425 o gratis al (866) 704-5286.
- ☐ Tengo seguro médico, Medicaid, Medicare, u otra cobertura médica.
- ☐ En los últimos 6 meses, me evaluaron y determinaron que no reúno los requisitos o rechazaron mi solicitud de Medicaid en una agencia, clínica o cualquier otro lugar (se requiere presentar evidencia de la evaluación o decisión).
- ☐ Solicite NC Medicaid y la decisión sobre mi solicitud está pendiente. Entiendo que debo presentar una copia de la decisión a la Unidad de Asistencia Financiera de UNC.

II: Información sobre el paciente o garante (si el paciente es un menor)

Nombre (apellidos, nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Garante o núm. de expediente médico	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal:
Núm. de teléfono	Dirección de correo electrónico (opcional)		Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo		
Situación laboral ☐ Empleado ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante		Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	

III: Información del cónyuge o del padre o la madre (si el paciente es un menor)

Nombre (apellidos, nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Núm. de teléfono
Situación laboral ☐ Empleado ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante		Nombre del empleador	Número de teléfono del empleador

IV: Dependientes del núcleo familiar

Los dependientes que aparecen en su declaración tributaria federal. Para quien no declare impuestos, un dependiente es un niño (definido como un hijo o hija biológico, adoptado, o un hijastro o hijastra menor de 19 años)

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Núm. de expediente médico
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

V: Ingresos y activos del núcleo familiar

1. ¿Tiene cuentas bancarias?

- ☐ SÍ Nombre del banco: _____
Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorros ☐ Inversiones ☐ Jubilación
Presente el estado de cuenta mensual más reciente para cada cuenta.

☐ NO, no tengo cuenta bancaria.

2. ¿Es dueño de OTROS inmuebles aparte de su residencia principal?

- ☐ SÍ, *incluya la documentación de los impuestos sobre dichos bienes inmuebles. Si es un inmueble de alquiler, presente evidencia de los ingresos por dicha renta.*
☐ NO

3. ¿Declara impuestos?

- ☐ SÍ, *presente una copia de su declaración tributaria federal (1040) más reciente e incluya todos los anexos.*
☐ NO, no declaro impuestos.

4. **¿Se ha quedado sin un hogar donde vivir?**
☐ SÍ
☐ NO
5. **¿Tiene un niño en casa que esté inscrito en Medicaid?** *(Un niño se define como un hijo o hija biológico, adoptado, o un hijastro o hijastra menor de 19 años)*
☐ SÍ
☐ NO
6. **¿Recibe asistencia pública debido a sus ingresos familiares?** *(p. ej.: WIC, SNAP, TANF)*
☐ SÍ
☐ NO

VI: Representante (opcional)

Si un representante le asiste con el proceso de solicitud, por favor, incluya el nombre y número de teléfono. Al facilitar la información de contacto del representante, usted nos da autorización para hablar con él o ella en nombre suyo.

Nombre del representante: _____ Teléfono: _____

VII: Se requiere firma y fecha

Certifico que toda la información incluida es verídica según mi leal saber y entender. Entiendo que presentar información falsa o engañosa anulará mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Autorizo a UNC Health y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliadas para que verifiquen la información presentada en este formulario de solicitud.

Firma del paciente o garante	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
------------------------------	--------------------------------

Requisitos de residencia en Carolina del Norte

Para cumplir con los requisitos de residencia, su lugar de residencia establecido, fijo o permanente, con la intención de quedarse de manera permanente o durante un tiempo indefinido, tiene que ser Carolina del Norte. Presente dos documentos de la lista a continuación que muestren la dirección en la que vive actualmente para verificar su residencia:

- Licencia de conducir válida de Carolina del Norte o tarjeta de identificación.
- Documento de alquiler o hipoteca vigente, estado de cuenta bancario, factura de servicios públicos, registro de vehículo automotor o tarjeta de registro como votante en Carolina del Norte.
- Declaración tributaria.
- Documento que certifique su empleo en Carolina del Norte.
- Documento que demuestre que la residencia en otro estado ha terminado.
- Documento que demuestre que se ha registrado con un servicio de empleo en Carolina del Norte.
- Documento que demuestre que ha matriculado un hijo(a) en una escuela o guardería de Carolina del Norte.
- Documento que demuestre que recibe asistencia pública en Carolina del Norte.
- Registros de un departamento de salud o de otro proveedor de servicios de salud en Carolina del Norte.
- Declaración escrita de una persona con conocimiento personal de sus intenciones de vivir en Carolina del Norte.
- Documentos del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (US Department of Veteran's Affairs), el Ejército de los Estados Unidos o el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) que certifique su intención de vivir en Carolina del Norte.
- Diplomas o expedientes escolares oficiales de una escuela en Carolina del Norte.
- Documento emitido por un consulado extranjero que certifique su intención de vivir en Carolina del Norte.

Yo, certifico que NO PUEDO presentar dos documentos de verificación de residencia en el estado de Carolina del Norte. Al firmar abajo, afirmo y manifiesto que soy residente de Carolina del Norte.

Por el presente declaro que la información anterior es verídica y fiel. Entiendo que este formulario de declaración se usa para verificar que cumpla con los requisitos de residencia en Carolina del Norte para recibir la asistencia financiera de UNC Health Care. Entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte puede resultar en ajustes de Charity Care para los cuales, de otra manera, no hubiera reunido los requisitos y que puedo estar sujeto a sanciones civiles y criminales.

Complete todas las secciones.

Firma del paciente		Fecha de la firma	
Dirección	Ciudad	Estado	
Código postal	Teléfono primario		