

Estimado(a) paciente:

Gracias por elegir UNC Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. UNC Health se enorgullece de su larga trayectoria como proveedor de servicios de salud para todos los habitantes de Carolina del Norte. Nuestro programa de asistencia financiera alivia la carga financiera de cuidado de salud médicamente necesario y está disponible para pacientes y familias cuyos ingresos familiares son menores o iguales al 250% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su familia y que son residentes de Carolina del Norte.

Para determinar su idoneidad, complete la solicitud adjunta y proporcione **todos** los documentos justificativos necesarios. Envíe la solicitud y los documentos justificativos en el sobre proporcionado, súbalos a través de *My UNC Chart* en <https://myuncchart.org>, o envíelos por fax seguro al (984) 974-6454. **El no presentar la solicitud completa con todos los documentos justificativos causará un retraso en la toma de una decisión sobre su solicitud y el proceso normal de facturación continuará.**

**Documentación necesaria:**

<b>Residencia en Carolina del Norte</b>	2 pruebas de residir en Carolina de Norte incluidas en la página de la solicitud «Requisitos de residencia en Carolina del Norte».
<b>Ingresos y activos</b>	Prueba de los ingresos brutos y activos del paciente de los <b>30 días</b> más recientes, de su cónyuge o garante, y de todos los <u>dependientes de 18 años o más</u> del hogar, tal como se indica en la página de ingresos de la solicitud.  <b>Los ingresos brutos del hogar y activos son, sin ánimo de exhaustividad;</b> sueldo, ingresos por cuenta propia, beneficios del seguro social, beneficios de veteranos, pensión, inversiones, cuentas de jubilación, subsidio de desempleo, indemnización por accidentes laborales, pensión alimenticia, beneficios por discapacidad, ingresos por alquiler y cuentas bancarias.  <b>Si no tiene ingresos, someta una carta de apoyo económico, firmada y fechada, de parte de la persona que le ayuda económicamente.</b>
<b>Declaración de impuestos</b>	Una copia de la declaración de impuestos federales del año más reciente - Formulario 1040 con <b>todos</b> los anexos. Si no tiene una copia de la declaración de impuestos, <b>llame al IRS al 1-800-829-1040 para pedir una copia gratuita.</b>
<b>Cuentas bancarias</b>	Estado de cuenta del mes más reciente de sus cuentas (tradicionales o alternativas) corrientes, de ahorros, de mercado monetario, de inversiones o jubilación. El formato debe ser de estado de cuenta bancaria y mostrar el saldo inicial, las transacciones y el saldo final. Presente <b>todas</b> las páginas de los estados de cuenta con los últimos cuatro dígitos del número de la cuenta visibles.
<b>Bienes raíces</b>	Valor fiscal de cualquier propiedad que usted tenga <u>aparte de</u> su vivienda principal. Si su <u>otra</u> propiedad es una propiedad de alquiler, proporcione prueba de los ingresos por alquiler, como un contrato o recibo de alquiler.
<b>Otro</b>	Si no se presentó la declaración de impuestos, presente la partida de nacimiento o documentación de tutela para cualquier dependiente menor de edad, el certificado de matrimonio si está casado, y el certificado de defunción si el paciente ha fallecido.
<b>*NO envíe los documentos originales. *</b>	

Si usted cumple con los requisitos para *NC Medicaid* u otros programas estatales o federales, debe solicitar tales programas y seguir haciendo las gestiones para obtener cualquier beneficio. Para completar la prueba de selección obligatoria de *Medicaid*, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado o llame a nuestra oficina al (984) 974-3425 o por la línea gratuita al (866) 704-5286.

Para preguntas o ayuda, llame a la Oficina de Asistencia Financiera (*Financial Assistance Unit*), al (984) 974-3425 o por la línea gratuita al (866) 704-5286. El horario es de lunes a jueves de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. y los viernes de 8:30 a. m. a 12:00 p. m.



### Solicitud de asistencia financiera de UNC

Paciente fallecido

Presentar a través de *My UNC Chart*, o por fax seguro al: 984-974-6454, o

Enviar por correo a *UNC Financial Assistance Unit*, 500 Eastowne Drive 2<sup>nd</sup> Floor, Chapel Hill, NC 27514

Para preguntas o ayuda, llame a la línea gratuita de asistencia financiera al 866-704-5286 o al número local al 984-974-3425.

#### I: Requisito de evaluación de idoneidad para NC Medicaid

Si no tiene seguro médico o si no ha solicitado *NC Medicaid* en los últimos 12 meses, **comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado o llame a nuestra oficina al 866-704-5286 o 984-974-3425 para una evaluación de idoneidad.**

¿Solicitó <i>NC Medicaid</i> en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> No elegible
--	--

#### II: Información del paciente

Nombre (Apellidos, Nombre, Inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	N.º del garante o expediente médico	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico (opcional)	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Menor		
Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Menor de edad		Nombre del empleador	Teléfono del empleador	

#### III: Cónyuge o garante (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre (Apellidos, Nombre, Inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono
Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante	Nombre del empleador	Teléfono del empleador

#### IV: Dependientes del hogar (Dependientes adultos o menores, registrados en su declaración de impuestos federales, para los cuales usted paga más del 50% de la manutención).

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de expediente médico
1.			
2.			
3.			
4.			

#### V: Ingresos brutos y activos del hogar

Los ingresos de **30 días** más recientes del paciente, cónyuge o garante, y todos los dependientes de 18 años o más del hogar. **Presente prueba de los ingresos mensuales como:** sueldo, cartas de aprobación, declaraciones de impuestos, carta del empleador, cuenta de pérdidas y ganancias de trabajo por cuenta propia, estados de cuenta completos y cartas de beneficios. **\*NO envíe los documentos originales.\***

Si no tiene ingresos, presente una carta de manutención, firmada y fechada, por parte de la persona que le ayuda económicamente.

**Cuentas bancarias** ¿Tiene alguna cuenta bancaria?     SÍ     NO    Nombres de los bancos:  
Tipos de cuentas que tienen usted o su cónyuge:     Corriente     Ahorros     Inversiones     Jubilación

**Presente los estados de cuenta más recientes de todas las cuentas (todas las páginas). Los últimos cuatro dígitos del número de la cuenta deben ser visibles.**



### Solicitud de asistencia financiera de UNC

Presentar a través de *My UNC Chart*, o por fax seguro al: 984-974-6454, o

Enviar por correo a *UNC Financial Assistance Unit*, 500 Eastowne Drive 2<sup>nd</sup> Floor, Chapel Hill, NC 27514

Para preguntas o ayuda, llame a la línea gratuita de asistencia financiera al 866-704-5286 o al número local 984-974-3425.

<b>Bienes raíces:</b> ¿Posee alguna propiedad inmobiliaria APARTE DE la vivienda principal? <input type="checkbox"/> <b>SÍ*</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>*En caso afirmativo, presente documentación de los impuestos sobre bienes raíces. Si es una propiedad alquilada, presente prueba de los ingresos por alquiler.</b>
<b>Impuestos:</b> ¿Presenta las declaraciones de impuestos? <input type="checkbox"/> <b>SÍ*</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>*En caso afirmativo, presente la declaración de impuestos federales más reciente con todos los anexos.</b>

### VI: Defensor (opcional)

Si tiene un defensor que le está ayudando con el proceso de solicitud, proporcione su nombre y número de teléfono. Al darnos la información de contacto del defensor nos autoriza hablar con el defensor en nombre de usted.

Nombre del defensor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>Comentarios adicionales</b>
--------------------------------

### VII: Fecha y firma obligatorias

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa hará que no califique para recibir asistencia financiera. Autorizo a *UNC Health Care System* y cualquier clínica, hospital o entidad afiliada a verificar la información provista en esta solicitud.

<b>Firma del paciente</b>	<b>Fecha firmada (mm/dd/aaaa)</b>
<b>Firma del garante (si el paciente es menor de 18 años)</b>	<b>Fecha firmada (mm/dd/aaaa)</b>

**Requisitos de residencia en Carolina del Norte**

Para cumplir con los requisitos de residencia en Carolina del Norte, una persona debe estar domiciliada en Carolina del Norte. Una persona se considera domiciliada en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fija, establecida o permanente y tiene la intención de permanecer aquí de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido.

Para verificar el estado de residencia en Carolina del Norte, presente **dos** documentos de la lista a continuación. Los documentos deben tener el nombre del solicitante o del cónyuge legal del solicitante y **mostrar su domicilio actual en Carolina del Norte.**

- a. Una licencia de conducir de Carolina del Norte vigente u otra tarjeta de identificación vigente emitida por la división de vehículos automóviles de Carolina del Norte (*North Carolina Division of Motor Vehicles*).
- b. Un documento actual de alquiler o hipoteca, estado de cuenta bancaria, o factura de servicios públicos (electricidad, agua) de Carolina del Norte.
- c. Un registro vigente de un vehículo automotor de Carolina del Norte.
- d. Una tarjeta de inscripción electoral actual de Carolina de Norte.
- e. La declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante.
- f. Un documento que verifique que el solicitante está empleado en Carolina del Norte.
- g. Uno o más documentos que demuestren que el solicitante ya no reside en el estado en donde vivía anteriormente, tales como el cierre de una cuenta bancaria, terminación de la relación laboral, o la venta de una vivienda.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado con un servicio de búsqueda de empleo, ya sea público o privado, en Carolina del Norte.
- i. Un documento que demuestre que el solicitante ha inscrito a su hijo en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- j. Un documento que demuestre que el solicitante recibe ayuda estatal (como cupones para alimentos) u otros servicios que exigen prueba de residencia en Carolina del Norte. Actualmente, los programas *Work First* y *Energy Assistance* no exigen prueba de residencia en Carolina del Norte.
- k. Expediente del departamento de salud o de otro proveedor de atención médica ubicado en Carolina del Norte que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- l. Una declaración por escrito de una persona que tenga una relación social, familiar o económica con el solicitante, y que tenga conocimiento personal de las intenciones del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente, o por un período de tiempo indefinido, o de residir en Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral.
- m. Un documento de *US Department of Veteran’s Affairs*, *US Military* o *US Department of Homeland Security* que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido, o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- n. Expedientes escolares oficiales de Carolina del Norte, firmados por autoridades escolares, o diplomas emitidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, institutos, universidades, y centros de estudios superiores) que demuestren la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido, o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- o. Un documento expedido por un consulado extranjero que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido, o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.

**Declaración de residencia en Carolina del Norte**

**\*Complete esta sección SOLO si NO PUEDE proporcionar documentación de residencia de Carolina del Norte.\***

Yo,  **confirmo que NO PUEDO proporcionar dos documentos de verificación de residencia en el estado de Carolina del Norte. Al firmar a continuación, yo afirmo y hago constar que soy residente de Carolina del Norte.**

Declaro por el presente documento que la información que figura anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que cumplo con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para el programa de asistencia financiera de *UNC Health Care*. Entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte podría resultar en ajustes del programa de asistencia financiera para los cuales de otra manera yo no hubiera reunido los requisitos, en cuyo caso yo podría estar sujeto a penalidades civiles y criminales.

Firma del paciente:	Fecha firmada:
Dirección, ciudad, estado y código postal	Número de teléfono primario: