

Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera para pacientes

Puede encontrar adjunta la solicitud de asistencia financiera de MD Anderson. Si usted completa esta solicitud, podremos revisar su elegibilidad para recibir asistencia para servicios cubiertos por este programa.

Para determinar si califica, requerimos la siguiente documentación de respaldo:

- Verificación de residencia en Texas (últimos 6 meses)
- Verificación de ciudadanía, residencia legal permanente (5 años) o condición de inmigrante determinada.
- Verificación de ingresos y activos

Es importante que complete esta solicitud y la devuelva con toda la documentación requerida dentro de los 15 días. Si tiene dificultades para completar esta solicitud o tiene preguntas adicionales, llame al Centro de Autorización Financiera, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. al 713-792-4322 o al 800-527-2318.

Instrucciones para la solicitud:

1. Complete cada punto de la solicitud.
2. Proporcione la documentación de respaldo que se indica en la lista de verificación de documentos.
3. Envíe la solicitud y la documentación de respaldo.
 - Correo electrónico: envíe la solicitud completa y la documentación de respaldo a: PFA@mdanderson.org.
 - Fax: 832-750-0610
 - Correo:

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Financial Clearance Center/ Patient Financial Assistance
P O Box 301407 / Unit 1605
Houston, Texas 77230-1407

Agradecemos su cooperación. La presentación de una solicitud completa y la documentación requerida no garantiza la aprobación de la asistencia financiera, y usted sigue siendo responsable del saldo de su cuenta.

Atentamente,

Oficina de Asistencia Financiera para Pacientes
UT MD Anderson Cancer Center

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

Esta solicitud se utiliza para evaluar su elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera para Pacientes de University of Texas MD Anderson Cancer Center. Para garantizar una rápida evaluación de su solicitud, por favor complete todas las secciones. **No deje espacios en blanco.** Usted debe presentar los documentos para confirmar su identidad, su residencia en Texas durante los últimos seis meses consecutivos, su condición de ciudadano/a o residente, y todos sus ingresos y activos. Si es necesario, podemos solicitar documentación adicional para completar su solicitud.

Escriba a máquina o con tinta en letra de imprenta clara.

N.º de expediente médico/referido:

Fecha de solicitud:

1

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Documentos requeridos

Una copia de su licencia de conducir válida y vigente del estado de Texas, u otra identificación con fotografía oficial actual y vigente.

Nombre del/de la paciente:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Sexo

N.º de licencia de conducir de Texas:

Estado civil:

____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a (Año____)

____ Separado/a (Año____) ____ Divorciado/a (Año____)

Si es menor, nombre del padre/madre/tutor:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Sexo

N.º de licencia de conducir de Texas:

Estado civil:

____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a (Año____)

____ Separado/a (Año____) ____ Divorciado/a (Año____)

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

2

¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE CIUDADANÍA O RESIDENCIA DEL/DE LA PACIENTE?

*Por favor
marque el
documento
correspon-
diente y
adjunte una
copia.*

Si es ciudadano/a estadounidense:

Certificado de nacimiento válido de los Estados Unidos,
certificado o informe válido de nacimiento en el extranjero

Pasaporte o tarjeta de pasaporte de los Estados Unidos
actualmente válidos

Tarjeta de identificación de ciudadano/a estadounidense

Certificado de naturalización o recibo de caja de pago individual
de una solicitud de naturalización o papeles de ciudadanía

Si es residente permanente legal:

Por la presente doy fe de que soy residente permanente legal
de los Estados Unidos

Tarjeta de residente extranjero actualmente válida –

Fecha de vigencia: _____

(Una tarjeta de residente permanente legal condicional no es
aceptable).

Si es miembro de cualquiera de las siguientes categorías de inmigrantes:

Asilado/a, refugiado/a, inmigrante cubano/a/haitiano/a, residente legal
permanente americano-asiático, víctima grave de trata, extranjero/a con
deportación diferida, personal militar veterano o del servicio activo de los
Estados Unidos o su dependiente, cónyuge extranjero maltratado de un
militar o veterano de los Estados Unidos.

Orden judicial

Petición de USCIS

Formulario I-94 con el correspondiente sello

Documentación de militar o veterano

Carta de otorgamiento de USCIS

Otra documentación: _____

**Si usted no puede demostrar que es ciudadano/a estadounidense,
residente permanente legal durante al menos cinco años, o que
es miembro de una de las categorías de inmigrantes listadas,
comuníquese con el Financial Clearance Center al 713-792-4322.**



Atención

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

3

¿CUÁL ES LA RESIDENCIA PRIMARIA DEL/DE LA PACIENTE?

Dirección actual: *(Dirección física, no una P.O. Box)*

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Desde (fecha):

Hasta (fecha):

Dirección anterior:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Desde (fecha):

Hasta (fecha):

(Si ha residido allí por menos de seis meses, adjunte una hoja separada con sus direcciones anteriores durante los últimos seis meses)

¿Puede reclamar residencia en otro estado?

Sí /

No

Si es así, ¿dónde?

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

Continuación...

3

¿CUÁL ES LA RESIDENCIA PRIMARIA DEL/DE LA PACIENTE?

Documentos
requeridos

Por favor
marque los
documentos
correspon-
dientes y
adjunte
copias.

A. Prueba de que su residencia primaria ha sido en Texas durante al menos los últimos seis meses consecutivos – Presente UNO de los siguientes:

- Su escritura de dominio o una declaración o recibo reciente de impuestos inmobiliarios
- Un contrato de arrendamiento con el nombre del/de la solicitante
- Identificación militar
- Otros

B. Prueba de haber residido en Texas por los últimos seis meses – Presente DOS de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de Texas válida
- Facturas de servicios públicos a su nombre por los últimos seis meses
- Registro de votante de Texas válido y actual
- Estados de cuenta bancarios/cheques cancelados por los últimos seis meses
- Carta notariada de su empleador de Texas con membrete de la compañía, con fechas y lugares de trabajo
- Prueba de beneficios públicos de Texas (cupones para alimentos, etc.) por los últimos seis meses
- Prueba de inscripción en escuela pública o privada de Texas (si el/la paciente es un/a niño/a) por los últimos seis meses
- Registración aprobada para beneficios de salud de una ciudad o condado de Texas por los últimos seis meses
- Prueba de beneficios de matrícula de estudios estatal por los últimos seis meses

Si usted no puede demostrar que ha residido continuamente en Texas durante los últimos seis meses, comuníquese con el Financial Clearance Center al 713-792-4322.



Atención

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

4

¿TIENE EL/LA PACIENTE SEGURO U OTRA COBERTURA?



Marque con un círculo todas las opciones que correspondan.

El hecho de no revelar o cancelar su cobertura puede resultar en el rechazo de su solicitud.

¿Medicaid de Texas?

Sí / No

Los pacientes de Medicaid de Texas no tienen que completar esta solicitud.

¿Medicare tradicional?

Sí / No

N.º de identificación de Medicare:

Marque sus inscripciones actuales –

A B D

¿Plan Medicare Advantage?

Sí / No

Si es así, nombre del seguro y número de la póliza:

¿HMO, PPO o seguro de indemnización?

Sí / No

Si es así, nombre del seguro y número de la póliza:

¿COBRA o elegible para COBRA?

Sí / No

Si es así, nombre del seguro y número de la póliza:

¿Servicio militar activo o dependiente?

Sí / No

Si es así, nombre del seguro y número de la póliza:

¿Beneficios de Administración de Veteranos?

Sí / No

¿Póliza de seguro contra el cáncer?

Sí / No

Si es así, nombre del seguro, número de la póliza y número de teléfono:

Compensación de los trabajadores

Sí / No

Si es así, Nombre y número de teléfono del ajustador:

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

5

ELEGIBILIDAD PARA PROGRAMAS DE ASISTENCIA



Atención

Es posible que sea elegible para asistencia adicional, como la asistencia por Discapacidad del Seguro Social, Medicaid o programas de asistencia del condado. Por favor comuníquese con el 713-563-0280 o con el 1-855-236-5678 para recibir una evaluación gratuita y para saber si califica. Debe ser evaluado/a para estos programas antes de ser considerado/a para el programa de asistencia financiera para pacientes.

Esta evaluación es obligatoria para todos los solicitantes.

6

EMPLEADOR

Empleador del/de la paciente o tutor legal:

Nombre del empleador:

Nombre del empleador de su cónyuge:

Dirección:

Dirección:

Teléfono:

Teléfono:

Cargo desempeñado:

Cargo desempeñado:

7

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Indique todas las personas por las cuales el/la paciente es legalmente responsable, incluidos su cónyuge y cualquier persona a su cargo o dependiente.

Nombre:

Relación con el/la paciente:

¿Estudiante?

Edad:

¿Estudiante?

Sí / No

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

8

ACTIVOS

Complete los datos para el/la paciente y todas las personas incluidas en la sección "Tamaño de la familia". Escriba un cero para las categorías que no correspondan.

* Si es necesario, adjunte hojas adicionales e incluya los datos en el total.

Marque todas las categorías que correspondan y adjunte copias para el/la paciente y todas las personas incluidas en la sección "Tamaño de la familia".

Información bancaria:

N.º de cuenta:	Nombre de la Institución:	Fecha:	Saldo actual:
Cuenta de cheques			
Ahorros			
CD			

*A. Cuenta de cheques/ahorros/CD Total:

Acciones/bonos/otros valores, 401K o fideicomisos

N.º de cuenta:	Nombre de la Institución:	Fecha:	Saldo actual:
----------------	---------------------------	--------	---------------

*B. Total de valores:

Valor neto proporcional de bienes raíces/inmuebles

distintos de la residencia principal (valor de mercado según el Distrito de Tasación del condado, menos el monto de la hipoteca):

Saldo actual:

*C. Total del valor proporcional:

Estados de cuenta bancarios – 3 últimos meses
Estados de cuenta de certificados de depósito – 3 últimos meses
Tasaciones impositivas del condado de inmuebles distintos de la residencia principal
Estados de cuenta de valores (acciones/bonos/otros) – Último trimestre
Estados de cuenta de hipotecas de inmuebles distintos de la residencia principal
Últimos estados de cuenta bancarios de fideicomisos

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

9

INGRESOS FAMILIARES

Complete los datos para el/la paciente y todas las personas incluidas en la sección "Tamaño de la familia".

¿Alguien reclama al/a la paciente como dependiente o crédito de impuestos?

Sí / No

Si es así, ¿quién?

¿Presentó el/la paciente/cónyuge/tutor una Sí / No

DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS SOBRE EL INGRESO el año pasado?

Si no es así, adjunte un comprobante de exención de impuestos del IRS.

Para obtenerlo, comuníquese con el IRS al 1-800-829-1040 o visite www.irs.gov

Ingreso bruto ajustado:

Total de gastos mensuales para vivir:

¿El ingreso bruto mensual ajustado es menor que el total de gastos mensuales?

Sí / No

Si es así, indique cómo compensa la diferencia:

Solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

Continuación...



INGRESOS FAMILIARES

Marque todas las categorías que correspondan a cualquiera de las personas incluidas en la sección "Tamaño de la familia" de la solicitud:

Granjas

Ingresos por alquiler

Negocios

Documentos
requeridos

Por favor
marque los
documentos
correspon-
dientes y
adjunte
copias.

**B. Prueba de haber residido en Texas por los últimos seis meses –
Presente DOS de los siguientes documentos:**

Declaración individual del impuesto federal sobre el ingreso de los Estados Unidos – Formulario 1040, 1040 EZ, etc., con comprobantes W-2 y todos los anexos y agregados correspondientes al año más reciente.

Comprobante de exención impositiva del IRS, si no presentó una declaración individual del impuesto federal sobre el ingreso de los Estados Unidos

Talones de cheques o registros de nómina de los últimos 3 meses, si presentó una declaración de impuestos, o de los últimos 12 meses si no la presentó

Declaración de ingresos del Seguro Social o carta más reciente de otorgamiento de beneficios del Seguro Social

Declaración más reciente de ingresos por discapacidad

Remuneración del seguro de desempleo

Declaraciones más recientes de ingresos por intereses y distribuciones de ganancias de capital

Declaraciones de ingresos de cuentas IRA, pensiones, anualidades o cualquier otra fuente durante los últimos 12 meses que no hayan sido reportados en la declaración del impuesto sobre el ingreso.

Documentación de todos los otros ingresos durante los últimos 12 meses que no se hayan listado en las categorías anteriores (asignación/estipendio por vivienda o vehículo, distribuciones de seguros o herencias, ganancias de juegos de azar o loterías, sentencias judiciales y ganancias de cualquier otra fuente)

10

10 CERTIFICACIÓN

Esta certificación debe ser firmada por el/la paciente o su padre/madre/tutor.

Entiendo que esta evaluación no podrá ser procesada hasta que se haya presentado toda la información requerida. Entiendo que puede requerirse información adicional para procesar mi solicitud.

Certifico que la información proporcionada en esta evaluación es completa y exacta a mi mejor saber y entender. Acuerdo notificar a MD Anderson Cancer Center sobre cualquier cambio en mi elegibilidad para seguros o en mi estado financiero. Autorizo a MD Anderson Cancer Center a verificar toda la información presentada.

Entiendo que si la información que he presentado resulta ser inexacta, falsa o engañosa, toda asistencia que pueda haber sido aprobada será revocada, y que seré responsable de todos los gastos incurridos a partir de la primera fecha de servicio, que estaré obligado/a a pagar por adelantado por futuros servicios futuros, y que existe el riesgo de interrupción de servicios o de acciones legales.

Firma del/de la solicitante:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

Relación con el/la paciente:

Esta solicitud puede ser remitida electrónicamente.

El/la solicitante presta su consentimiento al uso de una firma electrónica como firma de esta solicitud y reconoce que toda la información precedente continúa aplicándose.

THE UNIVERSITY OF TEXAS

**MD Anderson
Cancer Center**

Making Cancer History®

Nombre del/de la paciente: _____

N.º de exp. médico: _____

Lista de documentos para la solicitud de asistencia financiera del/de la paciente

PRUEBA DE RESIDENCIA: (UNO DE ELLOS ES OBLIGATORIO)

1. Licencia de conducir válida en Texas, con fotografía y dirección actual
2. Identificación válida en Texas, con fotografía y dirección actual
3. Pasaporte o tarjeta de pasaporte de los Estados Unidos actualmente válidos, con fotografía
4. Tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) actualmente válida, con fotografía

PRUEBA DE CIUDADANÍA: (UNO DE ELLOS ES OBLIGATORIO)

1. Certificado de nacimiento de los Estados Unidos o sus posesiones periféricas
2. Pasaporte o tarjeta de pasaporte de los Estados Unidos válidos
3. Certificado de naturalización o certificado de ciudadanía
4. Certificado de nacimiento en el extranjero de los Estados Unidos
5. Formulario I-551 de USCIS (TARJETA VERDE)

PRUEBA DE RESIDENCIA: (UNO DE ELLOS ES OBLIGATORIO)

1. Escritura de dominio o recibo reciente de impuestos inmobiliarios a nombre del/de la solicitante
2. Contrato de arrendamiento a nombre del/de la solicitante
3. Identificación militar con dirección de Texas
4. Residente no arrendatario en unidad en alquiler (carta notariada)
5. Residente no arrendatario en bien de familia (carta notariada)

INDICADOR DE RESIDENCIA: (DOS DE ELLOS SON OBLIGATORIOS)

1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación válida en Texas, con fotografía y dirección actual en Texas
2. Tarjeta de registro de votante de Texas, con dirección actual en Texas
3. Estados de cuenta bancarios con dirección actual en Texas - 6 últimos meses (paciente / cónyuge)
4. Remuneración del seguro de desempleo, cupones de alimentos, con dirección actual en Texas (paciente / cónyuge)
5. Recibos de servicios públicos a nombre del/de la solicitante, con dirección actual en Texas (servicio de electricidad, gas natural, agua, cable)
6. Carta/Tarjeta para beneficios de atención médica para indigentes de un Condado de Texas (últimos 6 meses, con dirección actual en Texas)
7. Carta notariada de su empleador de Texas con membrete de la compañía, con fechas y lugar de trabajo
8. Prueba de inscripción en una escuela o universidad pública o privada de Texas durante los últimos seis meses

ACTIVOS: (TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

1. Estados de cuenta bancarios; TODAS las cuentas (3 últimos meses) (paciente / cónyuge)
2. Si NOTIENE CUENTA BANCARIA (complete Formulario de Verificación de Ausencia de Cuenta Bancaria)
3. Estados de cuenta de certificados de depósito (3 últimos meses) (paciente / cónyuge)
4. Tasaciones impositivas del condado de inmuebles distintos de la residencia principal
5. Estados de cuenta de valores del último trimestre (401K, Mercado Monetario, Acciones, Bonos, etc.) (paciente / cónyuge)
6. Estados de cuenta de hipotecas de inmuebles distintos de la residencia principal
7. Últimos estados de cuenta bancarios de fideicomisos

INGRESOS: (TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

1. Declaraciones firmadas más recientes del impuesto de los Estados Unidos sobre el ingreso, con TODOS los documentos de respaldo (W2/1099) (paciente / cónyuge)
2. Comprobante de exención de impuestos del IRS (Formulario 4506T) (paciente / cónyuge)
3. Declaración de ingresos del Seguro Social (SSI o SSDI) o carta de otorgamiento de beneficios del Seguro Social (más recientes) (paciente / cónyuge)
4. Talones de cheques de nómina completos (últimos 3 meses) (paciente / cónyuge)
5. Remuneración del seguro de desempleo (paciente / cónyuge)
6. Informe de historial salarial de Texas Workforce (paciente / cónyuge)
7. Carta de respaldo de familiares

OTROS: (TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

1. Prueba / Verificación de seguro vigente
2. Carta/Tarjeta para beneficios de atención médica para indigentes de un Condado (más reciente)
3. Elegibilidad Programas de Asistencia MedData (llamada obligatoria al 713-563-0280)
4. Sentencia de Divorcio / Certificado de Defunción
5. Cartas de asistencia financiera del/de la paciente
6. Varios