

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE  
**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**  
**INSTRUCTIONS TO COMPLETE APPLICATION (Spanish)**

**Instrucciones**

Como parte de su compromiso de brindar servicios, el sistema de UMass Memorial Health Care proporcionará asistencia financiera a los pacientes, sin cobertura del Health Safety Net del estado, que cumplen con determinadas calificaciones de ingreso.

Para que nosotros determinemos si usted califica para recibir la asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera que se indica en la solicitud. Se denegará la asistencia si usted no proporciona esta información.

Complete la solicitud del Programa de Asistencia Financiera y devuélvala junto con las verificaciones de ingresos al Asesor certificado de la solicitud. El formulario completo se puede enviar por correo a la siguiente dirección:

UMass Memorial Patient Financial Counseling  
306 Belmont Street  
Worcester, MA 01604

**Sección 1: Información del paciente**

En la Sección 1 de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, complete toda la información que corresponde al paciente.

**Sección 2: Miembros de la familia**

En la Sección 2 de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, se solicita información sobre las personas que viven en la misma casa que el paciente. Esto debe incluir al cónyuge y a los dependientes del paciente. Si el paciente es menor de edad, incluya a los padres o al representante autorizado.

**Sección 3: Salarios**

En la Sección 3 de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, se solicita información sobre los ingresos del empleo. Indique el monto del ingreso en dólares que recibe cada persona. También indique si el monto en dólares se recibe semanal, quincenal o mensualmente.

**Sección 4: Otros ingresos**

En la Sección 4 de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, se solicita información sobre los ingresos no relacionados con un empleo. Indique el miembro de familia y el tipo de ingreso que cada persona recibe. También indique si el monto en dólares representa una compensación semanal, quincenal, mensual o anual. Los ejemplos de otros ingresos incluyen el seguro social o una pensión.

Como condición para esta solicitud, se requiere una verificación de TODOS LOS INGRESOS en las secciones 3 y 4 de esta solicitud. Las siguientes son formas de verificación aceptables:

- Copia de sus 2 recibos de pago más recientes;
- Copia del estado de cuenta o cheque por pensión, seguro social, beneficios por desempleo u otros ingresos más reciente;
- Los 3 últimos estados de cuenta de pérdidas y ganancias del negocio para las personas que trabajan independientemente o las devoluciones de impuestos más recientes dentro de un plazo de 6 meses que indiquen lo anterior;
- Un estado de cuenta del empleador que indique su ingreso bruto semanal;
- Copia de la orden judicial o de los pagos recibidos en las últimas 2 semanas por pensión alimenticia o manutención infantil.

**Sección 5: Comentarios/Declaración jurada de apoyo**

Si está desempleado y no recibe ningún ingreso, proporcione una declaración de apoyo. Esta declaración debe incluir sus circunstancias actuales, como con quién vive usted y quién le ayuda a pagar sus gastos básicos, como vivienda y alimentos.

**Sección 6: Información sobre el seguro médico**

Si usted o algún familiar tienen actualmente o tendrán la cobertura de un seguro médico, proporcione la información correspondiente en esta sección.

**Para recibir asistencia para completar esta solicitud, comuníquese con:**

**Asesor certificado de solicitudes**  
**508-334-9300**

**Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.**

-----