

Núm. de cuenta: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: FAVOR DE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NADA EN BLANCO. SI NO VIENE AL CASO, ESCRIBA «NINGUNO». DEBERÁ ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS PERTINENTES QUE SE LE PIDAN AL LLENAR EL FORMULARIO. ASEGÚRESE DE VERIFICAR TODOS LOS DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR CONTRA LA LISTA QUE SE PROPORCIONA EN LA PÁGINA 2. ENVÍE SOLAMENTE COPIA DE LOS DOCUMENTOS. NO UTILICE GRAPAS.**

**I. INFORMACION DEL PACIENTE (Si el paciente falleció, favor incluir el Certificado de Defunción)**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico de UNCH: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Esta  
 Usted en los Estados Unidos con un estado de visa vigente o expirada? Si\_\_ No\_ Si respondió Si, por favor envíe una copia de su Visa con esta solicitud. Tiene usted  
 una Tarejeta Verde de residencia? Si\_\_ No\_\_, Si respondió Si, envíe una copia de su Tarejeta Verde con esta solicitud.  
 Estado civil: Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Menor de edad (Menor de 18 años)  Otro: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Situación de empleo: (Haga un círculo alrededor de todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Retirado /  
 Discapacitado / Estudiante  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**II. CÓNYUGE (Si está casado)**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico UNCH: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Situación de empleo: (Haga un círculo alrededor de todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Retirado /  
 Discapacitado / Estudiante  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**PADRE/MADRE O GUADIANES LEGALES (Si el paciente es menor de 18 años de edad)**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico de UNCH: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Situación de empleo: (Haga un círculo alrededor de todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Retirado /  
 Discapacitado / Estudiante  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico UNCH: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Situación de empleo: (Haga un círculo alrededor de todos los que correspondan): Empleado / Desempleado / Empleado por cuenta propia / Retirado /  
 Discapacitado / Estudiante  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**III. OTROS DEPENDIENTES QUE CALIFICAN incluidos en su Declaración de Impuestos. Si no declaró Impuestos, incluya documentos de verificación tales como certificado de nacimiento, documentos de custodia de los dependientes menores de edad y el certificado de matrimonio del paciente, si está casado(a). Proporcione los ingresos de todos sus dependientes a partir de los 18 años de edad.**

Nombre	Apellido	Núm. de expediente médico UNCHCS	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento

**IV. OTRA INFORMACION FINANCIERA (Responda a todas las preguntas)**

a. ¿Posee(n) usted o su esposo cuenta(s) en el banco? Sí  No  Nombre del banco(s): \_\_\_\_\_  
 Tipos de cuenta que posee(n):  Cheques  Ahorros  Inversiones  Retiro (Marque todas las que correspondan)

Incluya los estados de cuenta más recientes de todas las cuentas (todas las páginas). NO ENVÍE EL HISTORIAL DE LAS TRANSACCIONES O DE LAS CUENTAS.

- b. Vivienda principal: Propia  Alquilada
- c. ¿Posee(n) alguna propiedad (vivienda o tierra) APARTE de donde reside(n)? No  Sí  Cuántas \_\_\_\_\_
- \*\* incluir el documento del valor de impuestos (Property Tax) y el estado de cuenta más reciente del préstamo hipotecario (Mortgage) de cada propiedad adicional.**

**V. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

Fuente de ingresos	Mensual	Gastos mensuales	Mensual
Ingreso Bruto del garante(antes de las deducciones)	\$	Alquiler	\$
Ingreso Bruto del segundo trabajo del garante	\$	Seguro de la casa/contra incendios	\$
Ingreso Bruto del cónyuge (antes de las deducciones)	\$	Comida	\$
Ingreso Bruto del segundo trabajo del cónyuge	\$	Electricidad	\$
Ingreso del negocio propio/granja	\$	Calefacción (gas, aceite, madera, queroseno)	\$
Compensación por desempleo	\$	Agua/alcantarillado/basura	\$
Compensación al trabajador	\$	Teléfono	\$
Pensión de Retiro/Ingreso por Seguro Social/Discapacidad	\$	Cable TV	\$
Beneficios a veteranos	\$	Internet	\$
Intereses/dividendos	\$	Seguro médico	\$
Herencia/ fideicomiso/ acuerdo legal	\$	Seguro de vida o entierro	\$
Pensión compensatoria entre cónyuges	\$	Cuidado de los niños/matrícula	\$
Ayuda para familias con niños dependientes (Work First)	\$	Transportación	\$
Beneficios por huelga de los fondos del sindicato	\$	Medicamentos/ suministros	\$
Documento de Prestamo o Beca de Estudios	\$	Otro1 _____	\$
<b>Activos/Propiedades/Inversiones</b>		<b>Deudas</b>	\$
Acciones en la bolsa de valores	\$	Hipoteca de la propiedad	\$
Bonos	\$	Impuestos a la propiedad	\$
Mercado de dinero	\$	Hipoteca de terreno	\$
Certificados de depósito	\$	Manutención de los niños	\$
Ingreso de alquiler de propiedades	\$	Préstamos bancarios o estudiantiles	\$
Valor Fiscal de la propiedad	\$	Tarjetas de crédito	\$
Valor Actual de la propiedad	\$	Otro 1 _____	\$
Otro 1 _____	\$	Otro 2 _____	\$
<b>Total del ingreso mensual</b>	<b>\$</b>	<b>Total de los gastos mensuales</b>	<b>\$</b>

**VI. COMENTARIOS ADICIONALES DEL PACIENTE/GARANTE (Si no tiene ingresos, incluya una carta de apoyo, firmada y fechada, de la persona que le proporciona ayuda para sus gastos básicos de la vida diaria):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Presentó su declaración de impuestos el año pasado? Sí  No  ¿Su cónyuge presentó su declaración de impuestos el año pasado? Sí  No  Si lo hizo, debe incluir todas las páginas del formulario de los impuestos federales 1040, incluyendo todos los anexos. Si está casado(a) y su cónyuge declaró por separado, incluya el formulario de los impuestos federales 1040 de su cónyuge. Si no declararon impuestos o lo hicieron por separado, debe enviar el certificado de matrimonio.

IMPORTANTE: Si no declaró impuestos explique por qué: \_\_\_\_\_

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS: ¿RECORDÓ INCLUIR COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS?**

- Prueba de **residencia de NC: Debe incluir (2) documentos de 2 categorías diferentes de la lista o firmar la declaración (Página 3).**
- Declaración más reciente de los impuestos federales 1040, incluyendo todos los anexos que correspondan Q una declaración escrita en la Sección VI explicando la razón por la cual no declararon impuestos.
- Talones de cheques de pago consecutivos de las últimas 6 semanas, Q carta de su empleador, Q documento de desempleo de la oficina NC Employment Security Commission, Q carta de verificación de los beneficios del Seguro Social, suyos incluyendo todos los **dependientes de**

**18 años y más.** Si el grupo familiar no tiene ingresos, debe incluir una carta por parte de la(s) persona(s) que los ayudan con sus gastos diarios, tales como vivienda, comida y ropa.

- Copia del estado de cuenta bancario más reciente (todas las páginas) de todas las cuentas bancarias pertenecientes a su unidad familiar. Por favor enviar SOLO estados de cuenta. NO ENVÍE EL HISTORIAL DE LAS TRANSACCIONES O DE LAS CUENTAS.**
- Si está solicitando por un paciente fallecido, por favor incluya el Certificado de Defunción.**

Certifico que las respuestas arriba escritas y cualquier otra información adicional o ingreso que haya listado en una hoja aparte, son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que información fraudulenta o engañosa hará que no califique para recibir ninguna ayuda financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información provista. Doy mi número de seguro social voluntariamente y estoy autorizado para proporcionar los números de seguro social de los dependientes que califican mencionados anteriormente. Entiendo que UNC Health Care System puede utilizar los números de seguro social con el propósito de una identificación exacta, de someter reclamos de seguros, facturación, cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

## **Por favor envíe solo copias. LOS ORIGINALES ENVIADOS NO SE DEVOLVERÁN.**

**VII.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

### **VIII. – Residencia del Estado de Carolina del Norte - Definición de los requisitos para la ayuda de beneficencia**

Residencia en Carolina del Norte – Con el objeto de cumplir con los requisitos de residencia en Carolina del Norte para calificar para los beneficios de Medicaid, la persona debe estar domiciliada en Carolina del Norte con la intención de permanecer aquí de manera permanente o por un período indefinido o demostrar que llegó a Carolina del Norte para buscar empleo o con una oferta formal de trabajo. Una persona tiene su domicilio en Carolina del Norte si este es su lugar de residencia fija, establecida o es su lugar de residencia permanente con la intención de permanecer allí de manera permanente o por un período indefinido de tiempo.

Para verificar la residencia en Carolina del Norte, necesita presentar dos documentos de dos de las categorías que se proporcionan abajo. Esto significa, que un documento o prueba debe ser de dos de las letras minúsculas de abajo. Por ejemplo: se acepta un documento de la c y otro de la d. No se acepta presentar dos documentos de la b. Los solicitantes que no tengan dos de los documentos tienen que completar y firmar la declaración al final de esta página, sujeto a enjuiciamiento, de que no poseen dos de los documentos que se listan.

- a. Licencia de conducir válida de Carolina del Norte u otra identificación expedida por North Carolina Division of Motor Vehicles.
- b. Un recibo reciente de pago de renta, arrendamiento o de hipoteca, dos estados de cuentas bancarias o un recibo reciente de una cuenta de servicios públicos con el nombre del solicitante o su cónyuge legal que muestre una dirección en Carolina del Norte.
- c. El registro vigente de un vehículo de motor en Carolina del Norte a nombre del solicitante con su dirección actual en Carolina del Norte.
- d. Un documento que verifique que el solicitante trabaja en Carolina del Norte.
- e. Uno o más documentos que demuestren que el solicitante ya no reside en el estado en donde vivía anteriormente, tales como una cuenta de banco cerrada, la renuncia o terminación de empleo o la venta de una casa.
- f. La documentación de la declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante, que muestre la dirección actual en Carolina del Norte.
- g. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado con algún servicio de empleo público o privado en Carolina del Norte.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante ha matriculado a sus niños en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- i. Un documento que demuestre que el solicitante está recibiendo asistencia del gobierno (como estampillas de alimentos) u otros servicios que requieren evidencia de que reside en Carolina del Norte. Actualmente Work First y Energy Assistance **no** requieren evidencia de que reside en Carolina del Norte.
- j. Documentos de un departamento de salud o de algún otro proveedor de cuidados de salud ubicado en Carolina del Norte con la dirección actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k. Una declaración escrita de una persona que tiene una relación social, familiar o económica con el solicitante y que conoce personalmente las intenciones del solicitante de vivir en Carolina del Norte en forma permanente, o por un período de tiempo indefinido, o que está viviendo en Carolina del Norte para buscar trabajo o con compromiso de empleo.
- l. Una tarjeta actual de registro de votante en Carolina del Norte.

- m. Un documento de US Department of Veterans Affairs, US Military o de US Department of Homeland Security verificando la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte permanentemente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte con el propósito de buscar trabajo o con compromiso de empleo.
- n. Expedientes escolares oficiales de Carolina del Norte firmados por funcionarios escolares o diplomas expedidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, colegios, universidades, establecimientos educativos de nivel terciario (*community colleges*) verificando la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte en forma permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante está viviendo en Carolina del Norte para buscar trabajo o que tiene un compromiso de empleo.
- o. Un documento expedido por un consulado extranjero verificando que la intención del solicitante es de vivir en Carolina del Norte en forma permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o tiene un compromiso de empleo.

----- Declaración del solicitante de residencia en Carolina del Norte

Yo, \_\_\_\_\_, (El paciente o garante) confirmo que NO PUEDO proporcionar dos documentos que verifiquen mi residencia en el estado de Carolina del Norte.

***Por la presente, yo declaro que la información anterior es verdadera y exacta. Yo entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que yo cumpla con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para el programa de beneficencia de UNC Health Care. Yo entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte puede resultar en ajustes del programa de beneficencia para los cuales de otra forma yo no hubiera calificado y yo podría estar sujeto a penalidades civiles y criminales.***

\_\_\_\_\_  
Firma (*Signature*)

\_\_\_\_\_  
Fecha (*Date*)

Dirección (*Address*): \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono (*Telephone no.*): \_\_\_\_\_

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 8/1/2013*