



Children's National®

111 Michigan Ave NW
Washington, DC 20010-2916
ChildrensNational.org

Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care
Solicitud de asistencia financiera

Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care (CN/RSC) ofrecerá asistencia financiera a los pacientes que no puedan pagar las facturas del hospital y/o de la clínica debido a situaciones financieras difíciles independientemente de la edad, género, raza, credo, discapacidad, condición social o inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. Un asesor financiero de Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care, un representante designado de la oficina comercial o un comité con autoridad para ofrecer asistencia financiera revisará los casos individuales y determinará la asistencia financiera que se puede ofrecer.

Atención médica necesaria se considera servicios médicos, quirúrgicos o de otro tipo necesarios para la prevención, el diagnóstico, la cura o el tratamiento de una enfermedad, afección o discapacidad relacionada con la salud, incluidos los servicios necesarios para prevenir un cambio perjudicial en el estado de salud médica, conductual, mental o dental.

La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para las personas sin seguro, con seguro insuficiente, no elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno o incapaces de pagar su atención. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza y que hayan residido en nuestra área de servicio durante al menos 6 meses son elegibles para la asistencia financiera completa. Los pacientes que residen fuera de nuestra área de servicio pueden ser elegibles para los servicios necesarios para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia.

La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que involucran la verificación de ingresos y residencia en nuestra área de servicio. El paciente o el garante del paciente deberán completar la Solicitud de FAP y, para la asistencia financiera completa, deberán proporcionar lo siguiente:

1. Documentación del Ingreso familiar bruto mensual. Estos documentos incluirán recibos de pago de las últimas seis (6) semanas consecutivas trabajadas o cartas de adjudicación por desempleo, compensación por accidente laboral o asistencia pública, pensión alimenticia, jubilación y/o ingresos por discapacidad. Esto puede incluir declaraciones notariadas de manutención y desempleo. Si trabaja por cuenta propia, proporcione una declaración de impuestos sobre la renta de los últimos (2) años consecutivos.
2. Una forma válida y actual de identificación del paciente, padres o tutor. Esto puede incluir un pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de registro de extranjero, autorización de trabajo o cualquier identificación con foto del gobierno con el nombre y la dirección impresos.

3. Comprobante de domicilio: esto puede incluir una copia de su contrato de arrendamiento actual, estado de cuenta de la hipoteca, recibo de alquiler o una carta notariada de su arrendador.
4. Si corresponde, verificación escolar o boleta de calificaciones de los pacientes.
5. Prueba de inelegibilidad para los programas de asistencia médica estatales/federales/locales a menos que se sepa que el solicitante no es elegible para dicha cobertura. (Si no podemos determinar su elegibilidad por sus ingresos, debe proporcionar prueba de una denegación).

DC: www.dchealthlink.com

855-532-5465

MD: www.marylandhealthconnection.gov

855-642-8572

VA: coverva.dmas.virginia.gov

855.635-4370

6. Los pacientes o padres que cumplan con los requisitos deben presentar un justificante de inscripción en los programas del Departamento de Salud para que se los tenga en cuenta para la asistencia financiera temporal. Se incluyen, entre otros:
 - SERVICIO MÉDICO INFANTIL.
 - ATENCIÓN INFANTIL.
 - Seguros comerciales pagados a través de programas del Departamento de Salud.
 - Programas públicos y privados de asistencia médica.
7. Otros documentos necesarios para determinar la elegibilidad.

Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care (CN/RSC) determinará si los pacientes son elegibles o no para recibir asistencia financiera para responsabilidades de deducibles, coseguro o copago. Children's National Hospital/Hospital for Sick Children hará esfuerzos razonables para explorar fuentes de pago alternativas apropiadas y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas. Children's National Hospital/Hospital for Sick Children puede hacer consultas para obtener informes de terceros para determinar si pueden ser presuntamente elegibles (elegibilidad presunta) para la asistencia financiera para aliviar la carga financiera.

Se denegará la asistencia financiera completa a los pacientes que presenten una solicitud incompleta o presenten documentos que no puedan verificarse. Las personas que sean elegibles para la asistencia financiera completa serán elegibles por un período de un año a partir de la fecha de aprobación. En ese momento, los pacientes deberán solicitar nuevamente la asistencia financiera continua comunicándose con el Centro de información financiera. La elegibilidad presunta se otorga solo para una visita.

Llame al Centro de información financiera al 800-787-0021 opción 6 si necesita ayuda para completar la solicitud o si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revisión. Envíe por correo postal su solicitud completa junto con todos los documentos requeridos a Children's National 111 Michigan Avenue (FIC room 1820) Washington, DC 20010.



Children's National

Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care
Formulario de solicitud de evaluación financiera

Para que podamos ayudarle de manera oportuna y eficiente, siga estas instrucciones para completar el formulario de solicitud.

1. Escriba en letra de imprenta o a máquina toda la información solicitada.
2. Firme y feche la solicitud cuando esté completa (ambos padres deben firmar si ambos están en el hogar).

Solicitud de: Marque uno

	Elegibilidad presunta: Aplicable a una visita o un procedimiento
	Asistencia financiera completa: El período de elegibilidad de un año requiere toda la documentación de respaldo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Enumere a continuación los niños para los que solicita asistencia.

Apellido	Nombre	Fec. Nac.	Hombre / Mujer

OTROS DEPENDIENTES: Enumere a continuación cualquier otro dependiente (aparte de los niños enumerados anteriormente o los padres enumerados en la página siguiente) que resida en su hogar.

Apellido	Nombre	Fec. Nac.	Hombre / Mujer



INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR: Complete para ambos padres/tutores:

Apellido del paciente/padre/madre/tutor:		Nombre:		
Edad:		Número de Seguro Social:	Relación con el(es) niño(s):	
Dirección de casa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		
Nombre del empleador:		Dirección:		
¿Cuánto tiempo empleado?:		Ocupación:		
Apellido del segundo parente/madre/tutor/cónyuge:		Nombre:		
Edad:	Número de Seguro Social:	Relación con el(es) niño(s):		
Dirección de casa (si es diferente a la anterior):		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		
Nombre del empleador:		Dirección:		
¿Cuánto tiempo empleado?:		Ocupación:		

- INGRESO FAMILIAR:** (Todos los solicitantes) Indique el INGRESO BRUTO total (antes de impuestos y otras deducciones) de todas las fuentes de todos los miembros de la familia que viven en su hogar. Para la asistencia financiera completa, necesitamos la documentación de todas las fuentes de ingresos. Si está desempleado y no tiene ningún ingreso por salario o sueldo, se debe presentar una Declaración de desempleo notariada. Si vive con parientes o amigos y/o recibe el apoyo de ellos, se debe presentar una Declaración de apoyo notariada.

FUENTE:

Monto mensual total

Salario o sueldo de un empleo a tiempo completo o parcial: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copias de los talones de cheques de las últimas 6 semanas O

Declaración del empleador en papel con membrete de la empresa que verifique los ingresos brutos de las últimas 6 semanas O

Si trabaja por cuenta propia, complete la copia de 1040 más reciente.

Compensación por desempleo: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copias del último cheque por desempleo O

Copia de la hoja de cálculo de compensación por desempleo

Compensación por accidente laboral: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copia de la carta de adjudicación de compensación por accidente laboral

Beneficios del Seguro Social/SSI: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copia de los últimos cheques del Seguro Social/SSI O

Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social/SSI

Pensión alimenticia o manutención de los hijos: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copia de la sentencia de divorcio u orden judicial

Asistencia pública: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copia de la carta de adjudicación de asistencia pública

FUENTE:

Monto mensual total

Todos los demás:

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

Copias de los comprobantes de pago o estados de cuenta

Beneficios para veteranos \$ _____

Beneficio para sobrevivientes: \$ _____

Pagos de pensión o jubilación: \$ _____

Intereses, Pagos de dividendos: \$ _____

Ingresos de sucesiones y fideicomisos: \$ _____

Ingresos por alquiler: \$ _____

Asistencia educativa: \$ _____

Fuentes fuera del hogar y otras fuentes variadas:

\$ _____



Children's National

Si presenta la solicitud porque no tiene seguro suficiente y necesita ayuda con los copagos, el deducible o el coseguro, incluya información sobre sus gastos médicos.

Gastos médicos:

CN/RSC: \$ _____

Todos los demás: \$ _____

Documentación requerida para la asistencia financiera completa

1. Copias de las facturas médicas pagadas o no pagadas de todos los miembros de la familia durante los últimos 6 meses

Declaración de certificación y autorización:

Por la presente, certifico que la información proporcionada en esta solicitud y en cualquier documentación de respaldo es precisa y está completa a mi leal saber y entender. Autorizo a Children's National Hospital/Rehabilitation and Specialized Care a verificar esta información según lo considere apropiado al revisar mi solicitud de asistencia financiera y/o arreglos de pago extendido. También entiendo que la presentación de información incompleta o inexacta puede provocar la reversión de cualquier asistencia financiera (descuento) otorgada y/o el retiro de la aprobación para arreglos de pagos mensuales extendidos.

Firma del paciente/padre/madre/tutor:	Relación con el paciente:	Fecha:
Firma del padre/madre/tutor/cónyuge:	Relación con el paciente:	Fecha: