

## Solicitud de asistencia financiera

Para ayudarnos a evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera, le recomendamos que se comunique con el Family Health Coverage Program (Programa de Cobertura de Salud Familiar) al 267-426-0359 (o al 1-800-974-2125 sin costo) **antes** de enviar esta solicitud. Proporcionar información inexacta o incompleta en este formulario, o no enviar la documentación requerida, puede afectar su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de seguridad social: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección del garante: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del garante: \_\_\_\_\_

Cantidad de familiares en el hogar: \_\_\_\_\_ Duración en el domicilio actual: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

### INFORMACIÓN DE INGRESOS (POR MES)

Proporcione la siguiente información sobre los adultos que viven en su hogar. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Si alguna categoría no aplica, escriba "N/A".

<b>1. Nombre:</b> _____	<b>Relación con el paciente:</b> _____
Empleador: _____	Horas trabajadas por semana: _____
¿Con qué frecuencia se recibe el cheque de pago?: _____	Ganancias salariales por mes: _____
Seguridad social: _____	Incapacidad: _____
Jubilación/Pensión _____	Manutención infantil: _____
Pensión alimenticia: _____	Asistencia pública: _____
Desempleo: _____	Otro: _____

<b>2. Nombre:</b> _____	<b>Relación con el paciente:</b> _____
Empleador: _____	Horas trabajadas por semana: _____
¿Con qué frecuencia se recibe el cheque de pago?: _____	Ganancias salariales por mes: _____
Seguridad social: _____	Incapacidad: _____
Jubilación/Pensión _____	Manutención infantil: _____
Pensión alimenticia: _____	Asistencia pública: _____
Desempleo: _____	Otro: _____

**INGRESOS MENSUALES TOTALES** (suma total de todas las fuentes de ingresos mensuales indicadas anteriormente): \$ \_\_\_\_\_

---

**GASTOS DEL HOGAR (AL MES)**

---

Complete los espacios en blanco a continuación para informarnos sobre los gastos de su hogar. Si alguna categoría no aplica, escriba "N/A".

Hipoteca: \_\_\_\_\_ Renta: \_\_\_\_\_ Servicios públicos: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_ Facturas médicas: \_\_\_\_\_ Seguro (de salud/de vida): \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Pago del automóvil: \_\_\_\_\_ Seguro del automóvil: \_\_\_\_\_

Gastos para la atención infantil/de adultos: \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES TOTALES:** (suma total de todos los gastos mensuales indicados arriba): \$ \_\_\_\_\_

Otras circunstancias financieras (opcional): \_\_\_\_\_

---

---

**ACTIVO DISPONIBLE**

---

Complete los espacios en blanco a continuación para informarnos sobre sus activos disponibles. Si alguna categoría no aplica, escriba "N/A".

Nombre del banco/institución financiera: \_\_\_\_\_

Saldo de ahorro actual: \_\_\_\_\_ Saldo de cuenta corriente: \_\_\_\_\_

Saldo actual en cualquier otra cuenta conservada: \_\_\_\_\_

Inversiones (describa): \_\_\_\_\_

Otros bienes muebles: \_\_\_\_\_

**VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS** (suma total de toda la información de los activos indicada anteriormente): \$ \_\_\_\_\_

---

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN****CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ESTABLECIDA EN ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, INCLUIDOS LOS ADJUNTOS, ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.**

Certifico que, según mis ingresos, bienes disponibles y otras circunstancias financieras, no puedo satisfacer mi obligación financiera por los servicios prestados por The Children's Hospital of Philadelphia o una de sus filiales. Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a investigación y verificación. Entiendo que se me pedirá que presente constancias de la información de ingresos que he proporcionado en este formulario y acepto ayudar a The Children's Hospital of Philadelphia a obtener la verificación necesaria. Por la presente autorizo la divulgación de la información que he proporcionado a las agencias estatales de Medicaid y a las organizaciones de atención administrada de Medicaid. Además, acepto notificar de inmediato a The Children's Hospital of Philadelphia si la información contenida en este formulario cambia de manera significativa durante el próximo año.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del garante

\_\_\_\_\_  
Fecha