

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".

1. Nombre: _____	Relación con el paciente: _____
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: _____

2. Nombre: _____	Relación con el paciente: _____
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