



## **Children's National Solicitud de Ayuda financiera**

Children's National ofrece ayuda financiera a aquellos pacientes que no pueden pagar las facturas del hospital y/o la clínica debido a situaciones financieras difíciles independientemente de su edad, género, raza, credo, discapacidad, estado social o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. Un asesor financiero, un representante de la oficina comercial designado de Children's National o un comité con autoridad para ofrecer ayuda financiera revisará los casos individuales y decidirá acerca de la ayuda financiera que se puede ofrecer.

La atención médicamente necesaria se refiere a los servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios necesarios para la prevención, el diagnóstico, la cura o el tratamiento de una enfermedad, una afección o una discapacidad, incluso los servicios necesarios para evitar un cambio perjudicial del estado médico, conductual, mental o dental.

La elegibilidad para acceder a ayuda financiera se considerará para los pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, que no sean elegibles para acceder a ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno, o que no puedan pagar su atención. Aquellos pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 400% del nivel de pobreza federal y que hayan residido en nuestra área de servicios durante al menos 6 meses son elegibles para acceder a plena ayuda financiera. Aquellos pacientes que residen fuera de nuestra área de servicios podrán ser elegibles para acceder a los servicios necesarios para tratar y estabilizar una afección médica emergente.

La necesidad financiera se determinará conforme a los procedimientos que implican la verificación de ingresos y residencia en nuestra área de servicios. El paciente o su garante deberán completar la solicitud de FAP y, para obtener ayuda financiera plena, proporcionar lo siguiente:

1. Documentación de ingreso bruto mensual familiar. Estos documentos incluirán los recibos de pago de al menos seis (6) semanas trabajadas o cartas de asignación de desempleo, indemnización laboral o ayuda pública, alimentos, jubilación o ingresos por discapacidad. Puede incluir documentación de respaldo certificada por escribano y declaraciones de desempleo. Si es un trabajador por cuenta propia, proporcione la declaración de impuestos a la renta de los últimos 2 años.
2. Prueba de falta de elegibilidad para acceder a los programas de ayuda médica a nivel estatal/federal/local, a menos que el solicitante no sea elegible para acceder a dicha cobertura. (Si no podemos determinar su elegibilidad en función de los ingresos, deberá proporcionar prueba del rechazo).

**DC-[www.healthlink.com](http://www.healthlink.com), MD-[www.mydhr.org](http://www.mydhr.org), VA –  
855.242.8282**



3. Forma de identificación actualizada válida del paciente, padre/madre o tutor. Puede incluir pasaporte, tarjeta de registro de extranjero, autorización de trabajo o cualquier ID con fotografía con el nombre completo y el domicilio completo impresos.
4. Prueba de domicilio: puede incluir una copia del contrato de alquiler, declaración de hipoteca o carta del locador certificada por escribano.
5. Si corresponde, verificación escolar o boletín de calificaciones del paciente



Children's National determinará si los pacientes son elegibles o no para recibir ayuda financiera para responsabilidad de deducibles, coseguro o copago. Children's National hará todo lo posible por explorar otras fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas. Children's National podrá realizar averiguaciones para obtener registros de terceros a fin de determinar si podrían ser presuntivamente elegibles (elegibilidad presunta) para recibir ayuda financiera para aliviar la carga financiera.

Se rechazará la ayuda financiera completa para aquellos pacientes que presenten una solicitud incompleta o presenten documentos que no se puedan verificar. Aquellos pacientes elegibles para acceder a ayuda financiera completa serán elegibles para un período de un año a partir de la fecha de aprobación. En ese momento, los pacientes deberán volver a solicitar ayuda financiera continua y, para ello, se deberán comunicar 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 preguntas relacionadas con el proceso de revisión. Envíe su solicitud completa, junto con todos los documentos necesarios a Children's National 111 Michigan Avenue (FIC sala 1820) Washington, DC 20010.



**HOSPITAL DE NIÑOS**  
**Formulario de solicitud de control**  
**financiero**

Para poder ayudarlo de manera oportuna y eficiente, siga estas instrucciones para completar el formulario de solicitud.

1. Escriba la información solicitada en letra de imprenta o a máquina.
2. Firme y coloque fecha a la solicitud cuando la complete (ambos padres deben firmar si ambos están en la casa).

Solicite: Marque una opción

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Elegibilidad presunta: aplicable para una visita o procedimiento                                |
| <input type="checkbox"/> | Ayuda financiera completa: para acceder al período de elegibilidad de un año, debe presentar la |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Enumere a continuación los hijos para los que solicita ayuda.

| Apellido<br>o | Nombre | Fecha de<br>nacimiento | Masculino/Femeni<br>no |
|---------------|--------|------------------------|------------------------|
|               |        |                        |                        |
|               |        |                        |                        |
|               |        |                        |                        |
|               |        |                        |                        |
|               |        |                        |                        |

OTROS DEPENDIENTES: Enumere a continuación los dependientes (diferentes a los niños enumerados anteriormente o los padres enumerados en la página siguiente) que vivan en su hogar.

| Apellido | Nombre | Fecha de<br>nacimien | Masculino/Femeni<br>no |
|----------|--------|----------------------|------------------------|
|          |        |                      |                        |
|          |        |                      |                        |
|          |        |                      |                        |
|          |        |                      |                        |
|          |        |                      |                        |

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

|  |                          |                         |                |
|--|--------------------------|-------------------------|----------------|
| Apellido del paciente/padre/madre/tutor:               |                          | Nombre:                 |                |
| Edad:  | Número de seguro social: | Relación con los niños: |                |
| Domicilio particular:                                  | Ciudad:                  | Estado:                 | Código postal: |
| Teléfono particular:                                   |                          | Teléfono laboral:       |                |
| Nombre del empleador:                                  |                          | Domicilio:              |                |
| ¿Cuánto tiempo estuvo empleado?:                       |                          | Ocupación:              |                |
| Apellido del segundo padre/madre/tutor/cónyuge:        |                          | Nombre:                 |                |
| Edad:  | Número de seguro social: | Relación con los niños: |                |
| Domicilio particular (si fuera diferente al anterior): | Ciudad:                  | Estado:                 | Código postal: |
| Teléfono particular:                                   |                          | Teléfono laboral:       |                |
| Nombre del empleador:                                  |                          | Domicilio:              |                |
| ¿Cuánto tiempo estuvo empleado?:                       |                          | Ocupación:              |                |



**1. INGRESOS DEL HOGAR:** (Todos los solicitantes) Indique el INGRESO BRUTO total (antes de impuestos y otras deducciones) de todas las fuentes de todos los integrantes de la familia que viven en su hogar. Para obtener ayuda completa, necesitamos tener documentación de todas las fuentes de ingreso. Si está desempleado y no percibe ingresos de salario o sueldo, deberá presentar una declaración de desempleo certificada por escribano. Si vive con familiares o amigos o recibe ayuda económica de ellos, deberá presentar una declaración de respaldo certificada por escribano.

FUENTE:

Monto mensual  
total

Salario o sueldo de un empleo a tiempo parcial o tiempo completo:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copias de recibos de sueldo de las últimas 6 semanas O  
declaración del empleador en hoja con membrete de la empresa  
donde verifica el ingreso bruto de las últimas 6 semanas O  
si trabaja por cuenta propia, copia completa del formulario 1040  
más reciente

Indemnización por desempleo:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copia del último cheque de desempleo O  
copia de la hoja de trabajo de indemnización por desempleo

Indemnización laboral:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copia de la carta de otorgamiento de indemnización laboral

Beneficios de Seguridad Social/SSI:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copia del último cheque de Seguridad Social/SSI O  
copia de la carta de otorgamiento de Seguridad Social/SSI

Pensión alimenticia o manutención:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copia de sentencia de divorcio u orden del tribunal

Ayuda pública:

\$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena  
copia de carta de otorgamiento de ayuda pública



FUENTE:

Monto mensual  
total

Todos los demás:

Documentación necesaria para recibir Ayuda  
financiera plena copias de  
declaraciones o recibos de pago

|   |          |
|---|----------|
| Beneficios de Veteranos:                            | \$ _____ |
| Beneficio de sobreviviente:                         | \$ _____ |
| Pagos de pensión o jubilación:                      | \$ _____ |
| Pagos de intereses y dividendos:                    | \$ _____ |
| Ingresos de herencias y fideicomisos:               | \$ _____ |
| Ingresos por alquileres:                            | \$ _____ |
| Ayuda educativa:                                    | \$ _____ |
| Fuentes externas al hogar y otras fuentes diversas: | \$ _____ |

**Para acceder a Ayuda financiera completa, presente además:**

2. Prueba de falta de elegibilidad para acceder a los programas de ayuda médica a nivel estatal/federal/local, a menos que el solicitante no sea elegible para acceder a dicha cobertura. (Si no podemos determinar su elegibilidad en función de los ingresos, deberá proporcionar prueba del rechazo).
3. Forma de identificación actualizada válida del paciente, padre/madre o tutor. Puede incluir un pasaporte, una tarjeta de registro de extranjero, una autorización de trabajo o cualquier ID con fotografía con el nombre y el domicilio impresos en ella.
4. Prueba de domicilio: puede incluir una copia de su contrato de alquiler, declaración de hipoteca, recibo de alquiler o carta del locador certificada por escribano.
5. Si corresponde, verificación escolar o boletín de calificaciones del paciente



Si presenta la solicitud por tener seguro insuficiente o necesita ayuda con los copagos, deducibles o coseguro, incluya la información de sus gastos médicos.

Gastos médicos:

Hospital de Niños: \$ \_\_\_\_\_

Todos los demás: \$ \_\_\_\_\_

Documentación necesaria para recibir Ayuda financiera plena

1. \_\_\_\_\_ copias de facturas médicas pagas o impagas de todos los integrantes de la familia de los últimos seis meses.

Certificación y declaración de autorización:

Por medio de la presente, certifico que la información proporcionada en esta solicitud y la documentación

de respaldo son precisas y completas a mi leal saber y entender. Autorizo a Children's National a verificar esta información según fuera apropiado para revisar mi solicitud de ayuda financiera o acuerdos de pago extendidos. Asimismo, comprendo que la presentación de información incompleta o imprecisa podría derivar en la reversión de la ayuda financiera (descuento) otorgada o el retiro de aprobación para acuerdos de pago mensuales extendidos.

|                                       |                          |        |
|---------------------------------------|--------------------------|--------|
| Firma del paciente/padre/madre/tutor: | Vínculo con el paciente: | Fecha: |
| Firma del padre/madre/tutor/cónyuge:  | Vínculo con el paciente: | Fecha: |