

## Solicitud para asistencia financiera



## El programa de asistencia financiera de Seattle Children's podría ayudar a para pagar facturas del hospital, aun si tiene seguro médico.

Nuestra asistencia financiera es para servicios necesarios médicamente. Se basa en el ingreso familiar y recursos del hospital y se ofrece a pacientes menores de 21 años que sean residentes en los estados de Washington, Alaska, Montana o Idaho. Adultos de 21 años o mayores que residen en nuestra región podrían ser elegibles para asistencia financiera para tratamiento de condiciones específicas que serían mejor manejadas por especialistas y programas en Seattle Children's.

El programa de asistencia financiera de Seattle Children's no es una forma de seguro médico. Se trata únicamente de una ayuda para pagar las facturas de Seattle Children's, Children's Home Care Services, Children's University Medical Group y la clínica Children's Odessa Brown.

### Si reúne los requisitos para el programa, le podemos ayudar con los pagos de:

- facturas de atención médica de Seattle Children's no cubiertas por el seguro.
- facturas de montos grandes de Seattle Children's.
- el total de su factura de Seattle Children's.

Para solicitar asistencia financiera de Seattle Children's antes, durante o después de la atención que su niño reciba en el hospital, complete el formulario de la derecha.

### También ofrecemos estas opciones:

- **Plan de pagos sin intereses** – Le podemos ayudar a establecer un plan de pagos mensuales. No tiene que completar la solicitud.
- **Descuento para pagos por cuenta propia** – ofrecemos un descuento del 25% en nuestros servicios si usted:
  - reside en Estados Unidos.
  - No tiene compañía de seguro médico que pagará o reducirá cualquier parte de la factura.

Llame al 1-866-987-5770 (línea gratuita) para mayor información o para inscribirse al programa de asistencia financiera del hospital Children's (también llamado atención caritativa).

## Nuestros consejeros financieros también le pueden ayudar con las siguientes posibilidades de asistencia financiera:

- **Medicaid** – con frecuencia, Medicaid o Asistencia médica estatal, paga en parte o todos los gastos médicos de su niño aun si no reúne las condiciones para otras formas de asistencia estatal. Medicaid también podría asistir con los pagos a otros proveedores además de Seattle Children's.
- **Programa comunitario de acceso a la salud (CHAP, por sus siglas en inglés)** – si vive en Washington, es posible que un representante se ponga en contacto con usted para hablar sobre los programas estatales.

Complete el formulario de la siguiente página y entréguelo en cualquier escritorio de registro del hospital Children's o envíelo por correo o fax a la oficina de Asuntos de negocios del hospital Children's:

Seattle Children's Hospital  
Business Services Financial Counseling  
M/S RC504  
PO Box 50020  
Seattle, WA 98145-5020  
FAX: 206-987-5779

Para mayor información sobre este formulario, favor de comunicarse con Children's Business Office (oficina para asuntos comerciales de Seattle Children's) y pida hablar con un consejero financiero.

206-987-5770  
206-987-5786 (Línea en español)  
1-866-987-5770 (Línea gratuita)

### Servicios gratis de interpretación

- Dentro del hospital, solicítelo con la enfermera de su niño.
- Fuera del hospital, llame a nuestra línea gratis de interpretación telefónica 1-866-583-1527. Mencionele al intérprete el nombre de la persona o extensión que necesita.
- Para personas sordas y con problemas de audición  
206-987-2280 (TTY)



4800 Sand Point Way NE  
PO Box 5371  
Seattle, WA 98105

206-987-2000  
1-866-987-2000  
(Línea gratuita para uso oficial)

[www.seattlechildrens.org](http://www.seattlechildrens.org)

Seattle Children's brinda atención médica para las necesidades especiales de su niño sin importar su raza, sexo, credo, origen o discapacidad. La asistencia financiera para servicios médicos necesarios se basa en ingresos familiares y en recursos del hospital disponibles. Se provee a niños menores de 21 años de edad con residencia en Washington, Alaska, Montana o Idaho.

Seattle Children's ofrece servicios gratis de interpretación para pacientes, miembros de la familia y representantes legales sordos, con problemas de audición o con dominio limitado del inglés. Seattle Children's pondrá a disposición esta información en formatos alternativos bajo solicitud. Por favor llame al Centro de recursos para las familias al 206-987-2201.

Pare comenzar el proceso para asistencia financiera, complete este formulario y envíelo por correo o fax al hospital Children's, o tráigalo a cualquiera de los escritorios de registro del hospital Children's.

**Si su niño ya está inscrito en Medicaid, Basic Health, Healthy Options o Basic Health Plus, no tiene que completar esta solicitud.**

**Su nombre, como parte responsable:**

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico de su casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Por favor liste todos los niños o adolescentes en su casa que reciben atención en Seattle Children's:**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

número de expediente médico (si lo sabe) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

número de expediente médico (si lo sabe) \_\_\_\_\_

**¿Hay otros niños o adolescentes viviendo en su casa de quienes usted es responsable?**

Sí  No

Nombres y fechas de nacimientos de otros niños menores de 21 que viven en la misma casa. Si estuviera embarazada, por favor, incluya al bebé por nacer.

Nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**¿Tiene cónyuge o la madre/padre vive en la misma casa?**

Sí  No

Nombre del cónyuge o de la madre/padre viviendo en la misma casa \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**¿Tiene trabajo?  Sí  No**

Si contestó que sí: Ingreso bruto mensual \_\_\_\_\_

(Es el ingreso mensual de la familia sin el descuento de impuestos. No es lo que usted recibe en la mano.)

Otro ingreso (no incluya pensión alimenticia ni asistencia pública) \_\_\_\_\_

**¿Trabaja por cuenta propia?  Sí  No**

Si contestó que sí, ¿qué cantidad destina a su familia por mes después de cubrir los gastos del negocio? \_\_\_\_\_

Otro ingreso (no incluya pensión alimenticia ni asistencia pública) \_\_\_\_\_

**Si no reporta ingresos, explique como solventa la comida y vivienda:**

**Si tiene seguro de salud, ¿cuál es el nombre de la compañía?**

¿Usted mismo paga parte o toda la cuota del seguro de su/s niño/s?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿qué monto paga? \_\_\_\_\_

**Por favor, note que:**

- La presentación de esta solicitud o la ayuda de un consejero financiero de Seattle Children's no garantizan su aceptación en el programa de asistencia financiera de Seattle Children's.
- Una vez que haya enviado su solicitud, Seattle Children's podría pedirle que verifique la información presentada con evidencia de sus ingresos (por ejemplo, con comprobantes de pago o declaración de impuestos).
- Catorce días después de recibida su solicitud, le enviaremos una carta para comunicarle si reúne los requisitos necesarios para ser aceptado en el programa de asistencia financiera de Seattle Children's.

**Consentimiento y acuerdo**

Confirmando que la información contenida en esta solicitud es correcta y completa y que doy mi autorización para que Seattle Children's verifique su autenticidad. Entiendo que si Seattle Children's encontrara que esta información es intencionalmente falsa perderé los beneficios de la asistencia financiera y seré responsable de todo cargo generado por servicios de hospital, clínicos y de los médicos.

Asimismo, doy mi autorización para la divulgación de la información contenida en esta solicitud al *Community Health Access Program* (Programa comunitario de acceso a la salud o CHAP, por sus siglas en inglés), y que ésta puede ser usada para la búsqueda de otras fuentes de asistencia financiera.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma de la parte responsable**

Me gustaría recibir la llamada de un consejero financiero para que me explique qué otras opciones de financiamiento existen además de la asistencia financiera de Seattle Children's.