



# ¿Necesita ayuda pagando sus facturas de atención médica del hospital Children's?

INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA LAS FAMILIAS

# El programa de Asistencia Financiera del hospital Children's podría ser que le pudiera ayudar con sus facturas del hospital Children's — aun si tiene seguro médico.

Para solicitar asistencia financiera en el hospital Children's antes, durante o después de la atención de su niño en el hospital Children's, por favor completen el formulario adjunto.

Nuestra asistencia financiera es para servicios médicamente necesarios. La asistencia es basada en el ingreso familiar y los recursos del hospital y es proveída a niños menores de 21 años quienes tienen como principal residencia los estados de Washington, Alaska, Montana o Idaho.

El Programa de Asistencia Financiera del hospital Children's no es una forma de seguro médico. Solamente ayuda con las facturas de atención médica de las siguientes instituciones: Children's Hospital and Regional Medical Center, Children's Home Care Services, Children's University Medical Group y/o Odessa Brown Children's Clinic.

## **Para aquellos que califican, ofrecemos:**

- > Asistencia financiera con las facturas de atención médica del hospital Children's que no cubre el seguro médico.
- > Asistencia financiera catastrófica con parte de su saldo, basada en su ingreso (en caso de tener facturas del hospital muy grandes.)
- > 100% de asistencia financiera (también conocida como atención caritativa.)

**También ofrecemos las siguientes opciones. Llame al número de teléfono gratis (866) 987-5700 para más información o para suscribirse a:**

- > **Plan de pagos sin intereses**— Le podemos ayudar a formular un plan de pagos mensual. No necesita llenar solicitudes.
- > **Descuentos**— Ofrecemos 10% de descuento en nuestros servicios de atención a la salud si usted:
  - Es residente de los Estados Unidos.
  - No tiene seguro médico el cual pagará alguna porción de la factura.
  - Liquida por completo el saldo de su cuenta en un plazo de 60 días.



**Nuestros Consejeros Financieros también le pueden ayudar con estos posibles recursos de asistencia financiera:**

- > **Medicaid** — Medicaid o asistencia financiera del estado frecuentemente puede cubrir parte o todos los gastos de la atención a la salud de su niño aun si no es elegible para otras formas de ayuda del estado. Medicaid también puede ayudar a pagar facturas de atención médica de otros proveedores además de las del hospital Children's. En algunos casos, puede ser requerido solicitar Medicaid antes de calificar para la asistencia financiera del hospital Children's.
- > **Programa Comunitario de Acceso a la Salud (CHAP, por sus siglas en inglés)** — Si vive en el estado de Washington, podría ser que un miembro del personal de CHAP se pusiese en contacto con usted para hablar acerca de los programas del estado.

Para más información o si necesita ayuda llenando esta solicitud de asistencia financiera, por favor llame a la Oficina de Negocios del Hospital Children's y pida hablar con un consejero financiero:

(206) 987-5770

(866) 987-5770 gratis

*Si gustase recibir más información en español,  
llame al teléfono (206) 987-5786.*

**Nuestra Misión**—Nosotros tenemos la convicción de que todos los niños tienen necesidades únicas y deben crecer sin enfermedades ni lesiones. Con el apoyo de la comunidad y a través de nuestro espíritu inquisitivo, prevendremos, trataremos y eliminaremos la enfermedad pediátrica.

---

*El hospital Children's proporciona atención a la salud para las necesidades especiales de los niños sin tomar en cuenta la raza, sexo, creencias, etnicidad o incapacidad. La ayuda financiera para los servicios médicos necesarios es basada en el ingreso familiar y los recursos del hospital y es proveída a niños menores de 21 años quienes tienen como principal residencia los estados de Washington, Alaska, Montana o Idaho.*

**Children's**  
Hospital & Regional Medical Center

4800 Sand Point Way N.E.  
P.O. Box 5371  
Seattle, WA 98105-0371  
(206) 987-2000 (Voz)  
(206) 987-2280 (TTY)

(866) 987-2000 (Línea gratis solamente para asuntos de negocios)

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

# Solicitud para Asistencia Financiera del hospital Children's

Para iniciar el proceso de asistencia financiera sólo complete este formulario y entréguelo en alguno de los escritorios de registro del hospital Children's. También puede enviarlo por correo en un sobre con estampilla a la dirección: Children's Hospital and Regional Medical Center, Business Services Financial Counseling, M/S S-100, P.O. Box 50020, Seattle, WA 98145-5020. *Aviso: Si su niño ya está inscrito en Medicaid, Healthy Options o Basic Health Plus, no necesita llenar esta solicitud.*

**Por favor apunte los nombres de todos los niños y adolescentes en su hogar recibiendo atención médica en el hospital Children's.**

Nombre(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número(s) de expediente médico si lo sabe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Su niño (o niños) quienes están recibiendo atención médica en el hospital Children's viven en el estado de Washington, Alaska, Montana o Idaho?**

Sí  No

¿Desde cuándo vive su niño (o niños) en Washington, Alaska, Montana o Idaho?

\_\_\_\_\_

¿Ha vivido su niño (o niños) fuera de Washington, Alaska, Montana o Idaho?

Sí  No

¿En dónde? \_\_\_\_\_

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

Sí  No

Nombre y fecha de nacimiento de cualquier otro niño menor de 21 años viviendo en su casa. Si está embarazada, por favor también incluya al bebé que no ha nacido.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Su nombre como parte responsable** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de seguro social si lo sabe \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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

Dirección postal, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono en casa ( ) \_\_\_\_\_

Lugar de empleo, nombre y teléfono \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

**¿Tiene cónyuge o vive con usted el otro padre/madre del niño?**  Sí  No

Nombre del cónyuge o del otro padre/madre del niño viviendo en casa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de seguro social, si lo sabe \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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

Lugar de empleo, nombre y teléfono \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

**Su ingreso total mensual doméstico (ingreso neto, no la cantidad que se lleva a casa):**

Salario mensual (combinado) \$ \_\_\_\_\_

Subsidio familiar/manutención \$ \_\_\_\_\_

Agricultor/Empleado por cuenta propia \$ \_\_\_\_\_

Asignación militar familiar \$ \_\_\_\_\_

Asistencia pública \$ \_\_\_\_\_

Pensión o beneficios de veteranos \$ \_\_\_\_\_

Cheque del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_

Ingreso por rentas \$ \_\_\_\_\_

Compensación de desempleo \$ \_\_\_\_\_

Becas \$ \_\_\_\_\_

Compensación de trabajadores \$ \_\_\_\_\_

Ingreso por inversiones \$ \_\_\_\_\_

**Su ingreso total doméstico:** \$ \_\_\_\_\_

Si en esta solicitud no está reportando ingreso, por favor explique cómo está pagando por alimentos y alojamiento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor tome nota de lo siguiente:**

> *Nosotros no le podemos garantizar que usted será elegible para recibir asistencia financiera del hospital Children's aún mandando esta solicitud o recibiendo ayuda de alguno de los consejeros financieros del hospital Children's.*

> *Una vez que usted mande su solicitud, puede ser que el hospital Children's verifique toda la información en ella. También podría ser que se le pidan comprobantes de ingreso (por ejemplo talones de pago o declaración de impuestos.)*

> *En un plazo de 14 días a partir de haber recibido su solicitud, le avisaremos por escrito si usted es elegible para recibir asistencia financiera del hospital Children's.*

**Consentimiento y acuerdo de la parte responsable.**

Yo confirmo que la información en esta solicitud es correcta y completa y que el hospital Children's tiene mi permiso para revisarla y comprobar su veracidad. Yo entiendo que si el hospital Children's encuentra algo de esta información intencionalmente falsa, perderé cualquier asistencia financiera del hospital Children's y seré responsable por todos los cargos del hospital, clínicas y médicos.

También doy permiso al hospital Children's para revelar la información en esta solicitud al Programa Comunitario de Acceso a la Salud (CHAP por sus siglas en inglés), la cual podría ser utilizada en la búsqueda de otras fuentes de asistencia financiera.

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

**Firma de la parte responsable**

