

Solicitud de asistencia financiera de Seattle Children's (atención de caridad)

Favor completar toda la información. Si algo no se relaciona con su situación, escriba "NA". Agregue más hojas si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

Si necesitamos ponernos en contacto para pedirle más información, ¿necesita intérprete?
 Sí No ¿Qué idioma?: _____

¿Ha solicitado Medicaid para el paciente? Sí No
(Puede ser necesario que lo solicite antes de ser considerado para recibir ayuda financiera. Le avisaremos si es necesario.)

¿El paciente recibe servicios públicos del estado como TANF, Basic Food o WIC? Sí No No estoy seguro

¿El paciente es indigente? Sí No

¿La atención médica que el paciente necesita se debe a una lesión de trabajo o accidente automovilístico? Sí No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Nombre del paciente		Segundo nombre o inicial	Apellido
Fecha de nacimiento			
Persona responsable de pagar la cuenta	Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Dirección postal			Números de contacto
_____			() _____
_____			() _____
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico:

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Anote a todos los miembros de la familia que viven en la misma casa, incluyendo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntos. **NÚMERO DE PERSONAS EN SU FAMILIA** _____
Agregue más hojas si es necesario.

Nombre	Fecha Nacimiento	Relación con el paciente	Número de expediente médico de Seattle Children's (si lo sabe)	Si tiene 18 años o más: ingreso bruto mensual (antes de pagar impuestos y hacer deducciones):

Debe informar el ingreso de todos los adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen:
 Salario • Desempleo • Empleo autónomo • Compensación Laboral • Discapacidad • Seguro social • Cuota alimentaria para hijo/cónyuge • Programa work study de empleo y estudio (estudiantes) • Pensión • Jubilación o distribuciones
Puede ser necesario presentar comprobantes de ingresos como talones de cheques o declaración de impuestos del año anterior. Nos pondremos en contacto si fuera necesario.

Si no recibe ingresos, por favor explique con qué fondos paga comida y vivienda:

INFORMACIÓN DE SEGURO Y GASTOS MÉDICOS

Si su hijo tiene seguro médico, ¿cómo se llama?	¿Usted paga personalmente toda o parte de la prima mensual de su hijo(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que sí, ¿cuánto paga? \$ _____ / mes
---	---

INFORMACIÓN ADICIONAL - ADJUNTAR PÁGINA

Agregue más hojas si quiere agregar más información sobre su situación financiera actual (ej., dificultades financieras, ingreso estacional o temporal o alguna pérdida personal).

ACUERDO

Entiendo que el Seattle Children's Hospital puede verificar la información contenida en este formulario y utilizar otras fuentes para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia financiera o acceder a un plan de pagos.

Declaro que la información anterior es fiel y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si la información provista es falsa la asistencia financiera será denegada y será responsable del pago de los servicios de Seattle Children's.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------