



Estimada familia del paciente:

Gracias por escoger el Hospital para Niños «Texas Scottish Rite» como su proveedor de atención médica. Nuestra misión es proporcionar los servicios de atención médica de primera calidad para nuestros pacientes a pesar de la habilidad de la familia para pagar. Para apoyar nuestra misión, el hospital tiene un programa de asistencia financiera/atención caritativa diseñado para ayudar a las familias a aliviar la carga de la responsabilidad de los gastos médicos de acuerdo con sus necesidades financieras.

El formulario adjunto es aplicable para todas las familias, independientemente de los niveles de ingresos y tipos de seguros. Usted podría calificar para que su atención médica sea sin costo o para una cantidad significativamente reducida.

Independientemente de su seguro médico actual (Blue Cross Blue Shield, Aetna, Cigna, etc.) por favor tómese el tiempo para completar esta solicitud para que podamos servirle mejor. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este formulario, por favor, siéntase en la libertad de comunicarse al 214-559-8630 y un consejero de Servicios para la Familia, con mucho gusto le proporcionará más detalles acerca de nuestro programa de asistencia financiera/atención caritativa, contestará cualquier pregunta que pudiera tener o le asistirá con cualquiera de sus necesidades.

Gracias, nuevamente, por escoger el Hospital para Niños «Texas Scottish Rite» y por favor, tómese unos minutos ahora para completar el formulario adjunto.



Solicitud de asistencia financiera/Cuidado benéfico

Nombre del paciente: _____ Número telefónico: _____ Sexo: Femenino / Masculino
 Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
 Dirección: _____ Condado: _____
 Calle / Ciudad / Estado / Código postal

| Información del proveedor de cuidados/guardián | Información del proveedor de cuidados/guardián |
|---|---|
| Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____ Dirección: _____ Calle / Ciudad / Estado / Código postal Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal | Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____ Dirección: _____ Calle / Ciudad / Estado / Código postal Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal |

| Hermanos del paciente en el mismo hogar | | | | |
|---|---------------------|------|------|--|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Edad | Sexo | ¿También es paciente del TSRHC? (visto en los últimos 12 meses) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Estado civil de los proveedores del cuidado: Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

¿Qué seguro(s) tiene (si tiene) el paciente actualmente?

Ninguno Medicaid CHIP Seguro comercial: _____ Otro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Quién está como el fiador en el seguro del paciente? _____

| Información de elegibilidad | | | |
|---|--|--|--|
| Por favor, proporcione el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar (si aplica). Haga un círculo en uno | | | |
| Paciente \$ _____ | hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año | Proveedor de cuidados / aval del paciente \$ _____ | hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año |
| Proveedor de cuidados / aval del paciente \$ _____ | hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año | Otro \$ _____ | hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año |
| Ingreso Bruto de la Familia *: \$ _____ | | | |
| *El ingreso bruto es la suma del ingreso bruto del paciente, de la madre del paciente, del padre del paciente y/u otra persona responsable. | | | |
| Gastos médicos no reembolsables *: \$ _____ | | | |
| *Estos son los costos anuales y no reembolsables incurridos por la familia e incluye facturas por servicios proporcionados por el hospital y otros gastos médicos no reembolsables. | | | |
| Número de miembros de la familia viviendo en el hogar*: _____ | | | |
| *Este número debe incluir el paciente, madre del paciente, padre del paciente, los dependientes de la madre del paciente y los dependientes del padre del paciente. | | | |
| Verificación de ingresos: Proporcione documentación que refleje el ingreso total de hogar o prueba de participación en un programa de asistencia gubernamental. | | | |

Solicitud para Asistencia financiera / Cuidado benéfico

Por favor, escriba sus **iniciales** abajo:

- _____ Yo/nosotros declaramos que las contestaciones que yo/nosotros hemos proporcionado en esta solicitud son ciertas y correctas de acuerdo con mi/nuestro mejor conocimiento.
- _____ Yo/nosotros estamos de acuerdo en comunicarle al hospital tan pronto como sea posible, si hay algunos cambios en la información proporcionada en esta solicitud.
- _____ Yo/nosotros entendemos que la ley requiere que el hospital mantenga confidencial cualquier información que yo proporcione/nosotros proporcionemos.
- _____ Además Yo/nosotros estamos de acuerdo, que en consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o herida, en reembolsar al hospital de los beneficios de cualquier litigio o convenio resultando de tal acto.
- _____ Yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros calificamos para servicios no compensados, yo/nosotros seremos personalmente responsables por los cargos de los servicios administrados por el hospital «Texas Scottish Rite» y que yo/nosotros podríamos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.

Si no puede proporcionar prueba de ingreso, por favor, explique por qué:

Yo/nosotros le pedimos al Hospital para Niños «Texas Scottish Rite» (TSRHC, siglas en inglés) que determine si soy/somos elegible(s) para ayuda para pagar la factura de mi/nuestro niño. Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros necesitamos proporcionarle cierta información para que esto se haga. También, yo/nosotros entendemos que el TSRHC o sus agentes podrían verificar la exactitud de esta información y por la presente firma autorizo a mi empleador o a cualquier individuo mencionado en esta solicitud para certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta solicitud. Yo estoy (nosotros estamos) consciente que la falsificación o distorsión de la información en esta solicitud podría resultar en el rechazo de la asistencia financiera. Yo/nosotros entendemos que el completar este formulario no garantiza que/nosotros recibamos esta ayuda. Si yo no soy (nosotros no somos) elegible(s) para servicios no compensados, yo soy (nosotros somos) responsable(s) por las cuentas del hospital de mi/nuestro niño

Firma del proveedor de cuidados/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de cuidados/guardián: _____ Fecha: _____

Recuerde presentar: Verificación de ingresos, si aplica, comprobantes de gastos médicos familiares del 1% de su ingreso anual bruto por los últimos 12 meses.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL

La familia califica para un descuento de _____% de todos los cargos del hospital; provisto, sin embargo, la cantidad debida después de aplicar el descuento será en todos los casos limitada al 1% de los ingresos brutos de la familia. La cantidad a pagar, después de la aplicación del descuento, es: \$ _____).

Algunas partes de esta solicitud fueron completadas por un miembro del personal TSRHC. Esas áreas se han identificado por las iniciales del miembro del personal.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Lista de verificación para asistencia financiera

- Complete la solicitud de asistencia financiera _____
- Proporcione documentación de ingresos del hogar para cada una de las fuentes de ingresos (si es aplicable) _____
- En esta tabla el hogar se define basado en el seguro médico del niño

| SEGURO MÉDICO DE SU NIÑO | DEFINICIÓN DE «HOGAR» |
|---|--|
| Seguros comerciales (Blue Cross / Blue Shield, Aetna, United, Cigna, etc...) | Hogar del responsable |
| Medicaid u otros fondos estatales | Hogar donde vive el niño |
| No asegurado | Hogar de la persona quien reclama al niño en la declaración de impuestos anual |

- Declaración de impuestos más reciente o talón de cheque de salario
 - Comprobante de pago del seguro social o de compensación de empleados
 - Notificación de pago por el seguro de desempleo; carta de determinación de compensación por desempleo; u otros indicadores apropiados del ingreso reportado de la familia
 - Documentación que demuestre la participación actual en un programa de beneficio público, tales como, «Medicaid»; «County Indigent Health Care Program»; «TANF»; «Food Stamps»; «WIC»; «TexCare Partnership»; u otros programas similares relacionados a indigencia.
- Proporcione prueba del 1% de su ingreso anual bruto utilizado para los gastos médicos de la familia en los últimos 12 meses _____
 - Incluya una copia de sus tarjetas de seguro médico actuales _____
 - Ponga un sello postal y envíe por correo la solicitud de asistencia financiera a la siguiente dirección o envíela por facsímil al número de fax a continuación: _____
 - Texas Scottish Rite Hospital for Children
Attn: Family Service Counselors
2222 Welborn Street
Dallas, Texas 75219-3993
FAX: 214-443-7331
EMAIL: FamilyServicesCounselors@tsrh.org

Si usted tiene cualquier pregunta relacionada con su cuenta, por favor, comuníquese con nuestros consejeros de Servicios para la Familia al teléfono 214-559-8630

%
De DESCUENTO

.....1,000% GPF*.....

.....800% GPF*.....

.....600% GPF*.....

.....400% GPF*.....

.....200% GPF*.....

.....100% GPF*.....

0 %

Los cargos para la familia del TSRHC están limitados a 1% del ingreso anual bruto si los gastos médicos de la familia de todos los proveedores exceden a 1% del ingreso anual bruto del hogar.

10 %

20 %

30 %

40 %

50 %

60 %

70 %

80 %

90 %

**Responsabilidad de Paciente/Familia
descontado 10% - 90%**

Los cargos para la familia del TSRHC están limitados a 1% del ingreso anual bruto si los gastos médicos de la familia de todos los proveedores exceden a 1% del ingreso anual bruto del hogar.

100 %

**No hay cargos para la Familia
del paciente**

* GUÍA DE POBREZA FEDERAL
Para más información, vea al reverso

PROCESO DE LA SOLICITUD

- ✓ Completar la solicitud
- ✓ Proporcionar prueba del ingreso del hogar y prueba de gastos médicos para la familia de los últimos 12 meses
- ✓ Prueba de Registro en el Programa de Asistencia del Gobierno (Medicaid, CHIP, Estampillas de Alimentos, WIC, etc.) si aplica.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

PARA CONSEJEROS DE
SERVICIOS PARA LA FAMILIA



CAMPUS DE DALLAS
214-559-8630



CAMPUS DE FRISCO
469-515-7191



ESCALA DE DESCUENTO Y CALIFICACIÓN DE “CRAYON CARE”

2019 Guías de Pobreza Federal del 2019 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos
 \$21,330 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

| Tamaño del Hogar | | 3 ó menos |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$42,660 | 100% |
| \$42,661 | \$63,990 | 90% |
| \$63,991 | \$85,320 | 80% |
| \$85,321 | \$106,650 | 70% |
| \$106,651 | \$127,980 | 60% |
| \$127,981 | \$149,310 | 50% |
| \$149,311 | \$170,640 | 40% |
| \$170,641 | \$191,970 | 30% |
| \$191,971 | \$202,635 | 20% |
| \$202,636 | \$213,300 | 10% |
| \$213,301 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 4 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$51,500 | 100% |
| \$51,501 | \$77,250 | 90% |
| \$77,251 | \$103,000 | 80% |
| \$103,001 | \$128,750 | 70% |
| \$128,751 | \$154,500 | 60% |
| \$154,501 | \$180,250 | 50% |
| \$180,251 | \$206,000 | 40% |
| \$206,001 | \$231,750 | 30% |
| \$231,751 | \$244,625 | 20% |
| \$244,626 | \$257,500 | 10% |
| \$257,501 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 5 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$60,340 | 100% |
| \$60,341 | \$90,510 | 90% |
| \$90,511 | \$120,680 | 80% |
| \$120,681 | \$150,850 | 70% |
| \$150,851 | \$181,020 | 60% |
| \$181,021 | \$211,190 | 50% |
| \$211,191 | \$241,360 | 40% |
| \$241,361 | \$271,530 | 30% |
| \$271,531 | \$286,615 | 20% |
| \$286,616 | \$301,700 | 10% |
| \$301,701 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 6 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$69,180 | 100% |
| \$69,181 | \$103,770 | 90% |
| \$103,771 | \$138,360 | 80% |
| \$138,361 | \$172,950 | 70% |
| \$172,951 | \$207,540 | 60% |
| \$207,541 | \$242,130 | 50% |
| \$242,131 | \$276,720 | 40% |
| \$276,721 | \$311,310 | 30% |
| \$311,311 | \$328,605 | 20% |
| \$328,606 | \$345,900 | 10% |
| \$345,901 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 7 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$78,020 | 100% |
| \$78,021 | \$117,030 | 90% |
| \$117,031 | \$156,040 | 80% |
| \$156,041 | \$195,050 | 70% |
| \$195,051 | \$234,060 | 60% |
| \$234,061 | \$273,070 | 50% |
| \$273,071 | \$312,080 | 40% |
| \$312,081 | \$351,090 | 30% |
| \$351,091 | \$370,595 | 20% |
| \$370,596 | \$390,100 | 10% |
| \$390,101 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 8 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$86,860 | 100% |
| \$86,861 | \$130,290 | 90% |
| \$130,291 | \$173,720 | 80% |
| \$173,721 | \$217,150 | 70% |
| \$217,151 | \$260,580 | 60% |
| \$260,581 | \$304,010 | 50% |
| \$304,011 | \$347,440 | 40% |
| \$347,441 | \$390,870 | 30% |
| \$390,871 | \$412,585 | 20% |
| \$412,586 | \$434,300 | 10% |
| \$434,301 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 9 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$95,700 | 100% |
| \$95,701 | \$143,550 | 90% |
| \$143,551 | \$191,400 | 80% |
| \$191,401 | \$239,250 | 70% |
| \$239,251 | \$287,100 | 60% |
| \$287,101 | \$334,950 | 50% |
| \$334,951 | \$382,800 | 40% |
| \$382,801 | \$430,650 | 30% |
| \$430,651 | \$454,575 | 20% |
| \$454,576 | \$478,500 | 10% |
| \$478,501 | y más alto | 0% |

| Tamaño del Hogar | | 10 |
|-------------------|------------|-----------|
| Escala de Ingreso | | Descuento |
| \$0 | \$104,540 | 100% |
| \$104,541 | \$156,810 | 90% |
| \$156,811 | \$209,080 | 80% |
| \$209,081 | \$261,350 | 70% |
| \$261,351 | \$313,620 | 60% |
| \$313,621 | \$365,890 | 50% |
| \$365,891 | \$418,160 | 40% |
| \$418,161 | \$470,430 | 30% |
| \$470,431 | \$496,565 | 20% |
| \$496,566 | \$522,700 | 10% |
| \$522,701 | y más alto | 0% |

