



Estimada familia del paciente:

Gracias por escoger Scottish Rite para Niños 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, Scottish Rite para Niños 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 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 Scottish Rite para Niños y por favor, tómese unos minutos 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 de Scottish Rite (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 Scottish Rite para Niños 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 a Scottish Rite para Niños tan pronto como sea posible, si hay algunos cambios en la información proporcionada en esta solicitud.

_____ Yo/nosotros entendemos que la ley requiere que Scottish Rite para Niños 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 a Scottish Rite para Niños 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 Scottish Rite para Niños 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 a Scottish Rite para Niños 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 Scottish Rite para Niños 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 de Scottish Rite para Niños n 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 Scottish Rite para Niños; 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 Scottish Rite para Niños. 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: _____
 - Scottish Rite 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



CRAYON CARE

SCOTTISH RITE FOR CHILDREN

% DE DESCUENTO

.....1,000% FPG*.....

.....800% FPG*.....

.....600% FPG*.....

.....400% FPG*.....

.....200% FPG*.....

.....100% FPG*.....

0 %

Los cargos para la familia del Scottish Rite 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 Scottish Rite 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

Guías de Pobreza Federal del 2020 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos
\$21,720 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

Tamaño del Hogar		3 ó menos
Income Range		Discount
\$0	\$43,440	100%
\$43,441	\$65,160	90%
\$65,161	\$86,880	80%
\$86,881	\$108,600	70%
\$108,601	\$130,320	60%
\$130,321	\$152,040	50%
\$152,041	\$173,760	40%
\$173,761	\$195,480	30%
\$195,481	\$206,340	20%
\$206,341	\$217,200	10%
\$217,201	and up	0%

Tamaño del Hogar		4
Income Range		Discount
\$0	\$52,400	100%
\$52,401	\$78,600	90%
\$78,601	\$104,800	80%
\$104,801	\$131,000	70%
\$131,001	\$157,200	60%
\$157,201	\$183,400	50%
\$183,401	\$209,600	40%
\$209,601	\$235,800	30%
\$235,801	\$248,900	20%
\$248,901	\$262,000	10%
\$262,001	and up	0%

Tamaño del Hogar		5
Income Range		Discount
\$0	\$61,360	100%
\$61,361	\$92,040	90%
\$92,041	\$122,720	80%
\$122,721	\$153,400	70%
\$153,401	\$184,080	60%
\$184,081	\$214,760	50%
\$214,761	\$245,440	40%
\$245,441	\$276,120	30%
\$276,121	\$291,460	20%
\$291,461	\$306,800	10%
\$306,801	and up	0%

Tamaño del Hogar		6
Income Range		Discount
\$0	\$70,320	100%
\$70,321	\$105,480	90%
\$105,481	\$140,640	80%
\$140,641	\$175,800	70%
\$175,801	\$210,960	60%
\$210,961	\$246,120	50%
\$246,121	\$281,280	40%
\$281,281	\$316,440	30%
\$316,441	\$334,020	20%
\$334,021	\$351,600	10%
\$351,601	and up	0%

Tamaño del Hogar		7
Income Range		Discount
\$0	\$79,280	100%
\$79,281	\$118,920	90%
\$118,921	\$158,560	80%
\$158,561	\$198,200	70%
\$198,201	\$237,840	60%
\$237,841	\$277,480	50%
\$277,481	\$317,120	40%
\$317,121	\$356,760	30%
\$356,761	\$376,580	20%
\$376,581	\$396,400	10%
\$396,401	and up	0%

Tamaño del Hogar		8
Income Range		Discount
\$0	\$88,240	100%
\$88,241	\$132,360	90%
\$132,361	\$176,480	80%
\$176,481	\$220,600	70%
\$220,601	\$264,720	60%
\$264,721	\$308,840	50%
\$308,841	\$352,960	40%
\$352,961	\$397,080	30%
\$397,081	\$419,140	20%
\$419,141	\$441,200	10%
\$441,201	and up	0%

Tamaño del Hogar		9
Income Range		Discount
\$0	\$97,200	100%
\$97,201	\$145,800	90%
\$145,801	\$194,400	80%
\$194,401	\$243,000	70%
\$243,001	\$291,600	60%
\$291,601	\$340,200	50%
\$340,201	\$388,800	40%
\$388,801	\$437,400	30%
\$437,401	\$461,700	20%
\$461,701	\$486,000	10%
\$486,001	and up	0%

Tamaño del Hogar		10
Income Range		Discount
\$0	\$106,160	100%
\$106,161	\$159,240	90%
\$159,241	\$212,320	80%
\$212,321	\$265,400	70%
\$265,401	\$318,480	60%
\$318,481	\$371,560	50%
\$371,561	\$424,640	40%
\$424,641	\$477,720	30%
\$477,721	\$504,260	20%
\$504,261	\$530,800	10%
\$530,801	and up	0%