



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			
<b>Por favor, proporcione el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar (si aplica). Haga un círculo en uno</b>			
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
<b>Ingreso Bruto de la Familia *: \$ _____</b>			
*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.			
<b>Gastos médicos no reembolsables *: \$ _____</b>			
*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.			
<b>Número de miembros de la familia viviendo en el hogar*: _____</b>			
*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.			
<b>Verificación de ingresos: Proporcione documentación que refleje el ingreso total de hogar o prueba de participación en un programa de asistencia gubernamental.</b>			

**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

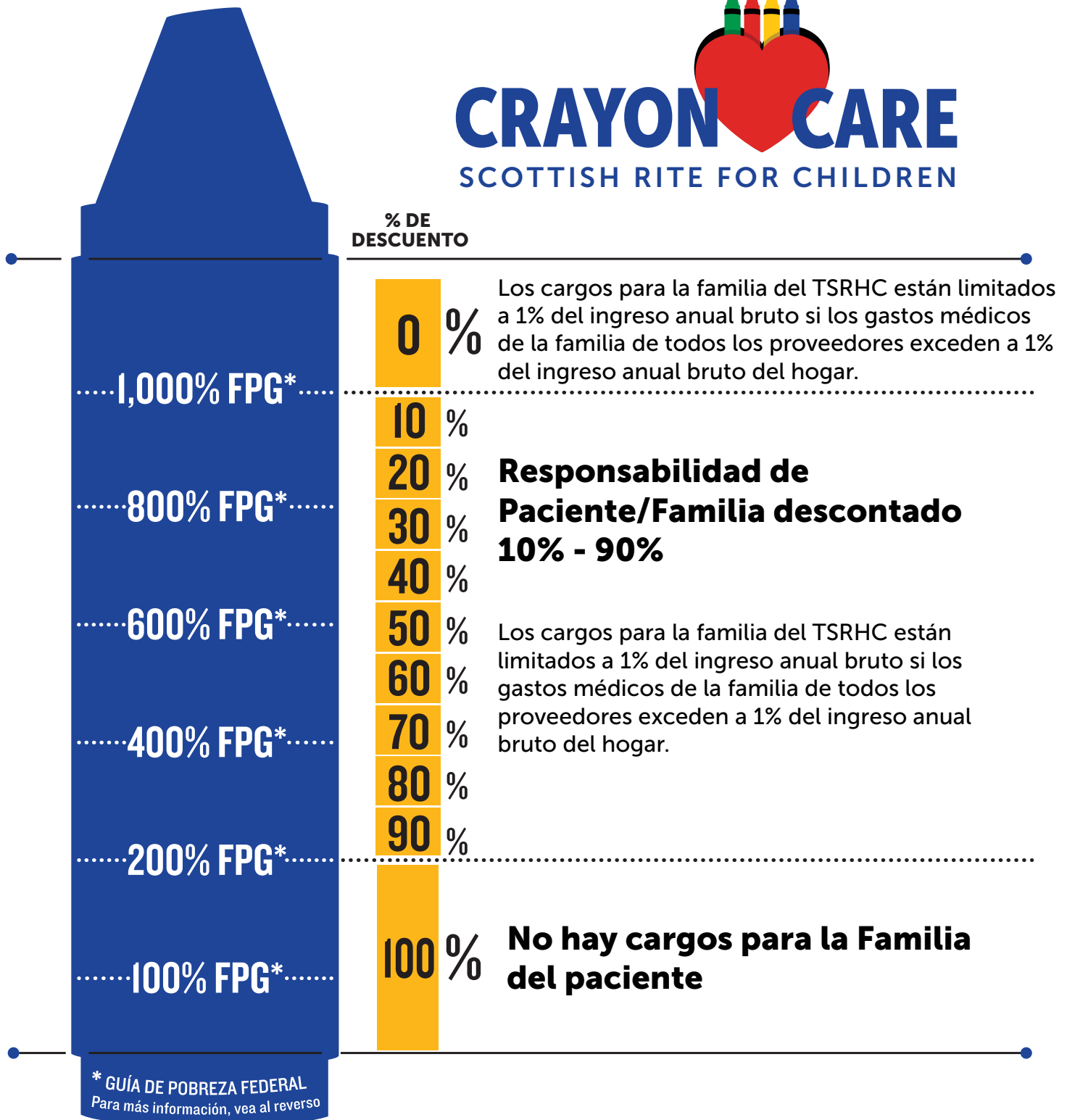
- Declaración de impuestos más reciente o talón de cheque de salario
  - Comprobante de pago del seguro social o de compensación de empleados
  - Notificación de pago por el seguro de desempleo; carta de determinación de compensación por desempleo; u otros indicadores apropiados del ingreso reportado 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](mailto: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



## 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

2023 Guías de Pobreza Federal del 2023 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 \$24,860 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

Tamaño del Hogar		3 ó menos
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$49,720	100%
\$49,721	\$74,580	90%
\$74,581	\$99,440	80%
\$99,441	\$124,300	70%
\$124,301	\$149,160	60%
\$149,161	\$174,020	50%
\$174,021	\$198,880	40%
\$198,881	\$223,740	30%
\$223,741	\$236,170	20%
\$236,171	\$248,600	10%
\$248,601	and up	0%

Tamaño del Hogar		4
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$60,000	100%
\$60,001	\$90,000	90%
\$90,001	\$120,000	80%
\$120,001	\$150,000	70%
\$150,001	\$180,000	60%
\$180,001	\$210,000	50%
\$210,001	\$240,000	40%
\$240,001	\$270,000	30%
\$270,001	\$285,000	20%
\$285,001	\$300,000	10%
\$300,001	and up	0%

Tamaño del Hogar		5
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$70,280	100%
\$70,281	\$105,420	90%
\$105,421	\$140,560	80%
\$140,561	\$175,700	70%
\$175,701	\$210,840	60%
\$210,841	\$245,980	50%
\$245,981	\$281,120	40%
\$281,121	\$316,260	30%
\$316,261	\$333,830	20%
\$333,831	\$351,400	10%
\$351,401	and up	0%

Tamaño del Hogar		6
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$80,560	100%
\$80,561	\$120,840	90%
\$120,841	\$161,120	80%
\$161,121	\$201,400	70%
\$201,401	\$241,680	60%
\$241,681	\$281,960	50%
\$281,961	\$322,240	40%
\$322,241	\$362,520	30%
\$362,521	\$382,660	20%
\$382,661	\$402,800	10%
\$402,801	and up	0%

Tamaño del Hogar		7
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$90,840	100%
\$90,841	\$136,260	90%
\$136,261	\$181,680	80%
\$181,681	\$227,100	70%
\$227,101	\$272,520	60%
\$272,521	\$317,940	50%
\$317,941	\$363,360	40%
\$363,361	\$408,780	30%
\$408,781	\$431,490	20%
\$431,491	\$454,200	10%
\$454,201	and up	0%

Tamaño del Hogar		8
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$101,120	100%
\$101,121	\$151,680	90%
\$151,681	\$202,240	80%
\$202,241	\$252,800	70%
\$252,801	\$303,360	60%
\$303,361	\$353,920	50%
\$353,921	\$404,480	40%
\$404,481	\$455,040	30%
\$455,041	\$480,320	20%
\$480,321	\$505,600	10%
\$505,601	and up	0%

Tamaño del Hogar		9
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$111,400	100%
\$111,401	\$167,100	90%
\$167,101	\$222,800	80%
\$222,801	\$278,500	70%
\$278,501	\$334,200	60%
\$334,201	\$389,900	50%
\$389,901	\$445,600	40%
\$445,601	\$501,300	30%
\$501,301	\$529,150	20%
\$529,151	\$557,000	10%
\$557,001	and up	0%

Tamaño del Hogar		10
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$121,680	100%
\$121,681	\$182,520	90%
\$182,521	\$243,360	80%
\$243,361	\$304,200	70%
\$304,201	\$365,040	60%
\$365,041	\$425,880	50%
\$425,881	\$486,720	40%
\$486,721	\$547,560	30%
\$547,561	\$577,980	20%
\$577,981	\$608,400	10%
\$608,401	and up	0%

