

**Titulo:** **Norma de Asistencia Financiera y de Atención Caritativa**  
**Elaborado por:** Administracion  
**Aprobación requerida por:** Consejo Administrativo y/o su Comisión de Auditoría y Cumplimiento

## **I. NORMA**

El Hospital para Niños Texas Scottish Rite (Hospital o «TSRHC», por sus siglas en inglés) brinda servicios de primera calidad a miles de niños cada año. En consistencia con su perdurable misión, el TSRHC proporciona atención a Pacientes con necesidades de cuidado médico dentro de su rango de servicios provistos, indistintamente de si el Paciente tiene la capacidad para pagar. Con el fin de fomentar su misión y sus valores, el Hospital adopta esta Norma para ofrecer asistencia financiera a modo de atención gratuita o de descuentos a los Pacientes y/o a la parte o partes responsables del Paciente («Paciente(s)») que califiquen para la asistencia de acuerdo con esta Norma (la «Norma») de asistencia financiera y atención caritativa.

Esta Norma establece los parámetros de elegibilidad, los estándares y los procesos por los cuales el Hospital provea atención gratuita o descuentos a los Pacientes.

El Hospital provee asistencia financiera de manera consistente y no discriminatoria, y a ningún Paciente se le negará la asistencia financiera debido a su raza, religión o nacionalidad ni debido a cualquier otro criterio prohibido por ley. Al implementar esta Norma, el Hospital acatará todas las leyes, reglas y reglamentos federales, estatales y locales.

El Consejo Administrativo y la Comisión de Auditoría y Cumplimiento del TSRHC son responsables de la supervisión de esta Norma. El Comité de Asistencia Financiera del Hospital es responsable de (i) establecer, aprobar y monitorizar los procedimientos y estándares que permiten que la Norma opere; y (ii) de otras responsabilidades establecidas en esta Norma.

## **II. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD**

Todos los Pacientes son elegibles y serán considerados para recibir asistencia financiera con las obligaciones de cargos del Paciente por los servicios prestados por el Hospital, incluso los servicios profesionales de médicos y otros servicios adicionales, excepto lo establecido más adelante.

(colectivamente, «Cargos del Hospital»). La situación de cada Paciente se evaluará de acuerdo al criterio de elegibilidad según se establece en la sección V de esta Norma para determinar la capacidad de pago de la atención y el grado de asistencia financiera que el Paciente recibirá. El Hospital podrá ajustar el criterio de elegibilidad ocasionalmente basándose en los recursos financieros disponibles y según sea necesario para satisfacer las necesidades de atención caritativa de la comunidad.

En ciertas situaciones y aun cuando las circunstancias del Paciente no cumplan con los requisitos del criterio de elegibilidad bajo la Norma, el Paciente podrá, de todos modos, obtener la asistencia financiera. En estas situaciones, el Comité de Asistencia Financiera revisará la información disponible y tomará una determinación sobre la elegibilidad del Paciente para recibir la asistencia financiera.

### **III. SERVICIOS INCLUIDOS**

Esta Norma se aplica a las obligaciones del Paciente por todos los cargos del Hospital TSRHC por los servicios, los materiales y el equipo proporcionados en el TSRHC, salvo que se indique lo contrario. El Anexo A enumera los proveedores de atención médica que acatan y que no acatan esta Norma. El Anexo podrá actualizarse de tanto en tanto.

Las obligaciones del Paciente bajo ciertos contratos de seguro médico pueden considerarse para la asistencia financiera bajo esta Norma, en conformidad con los contratos de seguro médico y/o las leyes pertinentes.

En cada caso particular, y después de que se hayan explorado o agotado todas las fuentes de asistencia, el TSRHC le proveerá los medicamentos recetados al Paciente cuya familia no cuente con los recursos para surtir los medicamentos recetados por el médico. Estos medicamentos serán dispensados de acuerdo con los estatutos estatales y federales aplicables, y esto se aplicará solo para los Pacientes del TSRHC y/o para los Pacientes de las clínicas con base en el Hospital.

En cada caso particular, y después de que se hayan explorado o agotado todas las fuentes de asistencia, el TSRHC también asistirá a las familias cuyos hijos estén recibiendo tratamiento actualmente y que requieran asistencia financiera con otros aspectos del cuidado del niño, lo que podrá incluir hospedaje, transporte, etc.

### **IV. METODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA**

#### **A. Proceso de solicitud**

Los Pacientes que deseen solicitar la asistencia financiera deben llenar la Solicitud para Asistencia/Atención Médica Caritativa («Solicitud») adjunta como Anexo B, y entregarla a la oficina de Consejeros de Servicios de Familia. La solicitud puede completarse en cualquier momento mientras se esté recibiendo la atención médica o después de que se haya recibido. El Hospital puede iniciar una solicitud en nombre de un Paciente cuando tal Paciente sea incapaz de completar la solicitud. Además de solicitar la asistencia financiera presentando la solicitud escrita, el Paciente también puede iniciar el proceso solicitando asistencia en persona, por teléfono al número 214-559-8630 o por correo al 2222 Welborne Street, Dallas, TX. 75219.

Los Consejeros de Servicios de Familia intentarán identificar a las familias que pudieran calificar para recibir la asistencia financiera antes de que se programe el procedimiento, y le pedirán al Paciente que presente la solicitud antes de que se le provea el servicio, de ser posible.

Los Consejeros de Servicios de Familia derivaran al programa apropiado a aquellos Pacientes que pudieran calificar para programas gubernamentales como Medicaid.

No existe garantía de que los Pacientes que completen y presenten la Solicitud califiquen para la asistencia financiera. En última instancia, es la responsabilidad del Paciente proveer la información necesaria para calificar para la asistencia bajo esta Norma. Para que el Hospital procese la solicitud, el Paciente debe proveerle al Hospital toda la información requerida en la solicitud o, de no poder hacerlo, debe explicar por qué el/ella no puede proporcionar la información.

## **B. Información requerida**

### **1. Información sobre ingresos**

Ingreso bruto se refiere a la suma de todo el ingreso bruto anual o a un estimado del ingreso anual del Paciente, la madre del Paciente, el padre del Paciente y/u otra parte o partes responsables por el Paciente (todos ellos, «Parte Responsable»).

El ingreso bruto será verificado de una de las siguientes maneras:

- *Documentación de terceros:* el formulario W-2 del IRS (Servicio de Rentas Internas); Salaries y declaración de impuestos; comprobantes de pago de salario; declaración fiscal; verificación con el empleador vía telefónica; estados de cuentas bancarias; comprobantes de pago de Seguro Social; comprobantes de pago de compensación laboral (*Worker's Comp*); Aviso de pases de seguro de desempleo; Cartas de determinación de compensación por desempleo u otros indicadores del ingreso del Paciente que sean apropiados.
- *Declaración escrita:* en caso de que la documentación de terceros no esté disponible, la Parte Responsable podría verificar el ingreso bruto a través de un testimonio escrito.
- *Declaración verbal:* en caso de que la documentación de terceros no esté disponible y la Parte Responsable sea incapaz de presentar un testimonio escrito, la Parte Responsable podría verificar el ingreso bruto a través de un testimonio verbal. El empleado del Hospital que complete la solicitud deberá dar fe, por escrito, de cualquier declaración verbal de la Parte Responsable.

*Nata: En caso de que la documentación de terceros no esté disponible, el Paciente proporcionará una explicación razonable de por qué es incapaz de proveer la verificación requerida de terceros. Se hará todo esfuerzo razonable para verificar el testimonio del Paciente y la información de respaldo. El Hospital podría proveer asistencia financiera a pesar de que el Paciente no proporcione la documentación de terceros.*

### **2. Tamaño del hogar**

El tamaño de hogar significa el número de personas que vive en el hogar del (a) garante, (b) Paciente o (c) persona que registra al Paciente con fines impositivos. Esto se determina por la cobertura del seguro primario del Paciente, como se indica a continuación:

- Hogar con cobertura de Medicaid u otro seguro financiado por el estado donde vive el niño/a.
- Hogar con cobertura de seguro comercial o sin seguro de la parte responsable.

### **3. Información de gasto Medico (solamente requerido bajo la Sección V.B o V.C)**

Gastos Medicos No Reembolsables (segun se define en la Sección V.B.1.) deberan ser verificados de una de las siguientes maneras:

- *Documentación de terceros:* Copias de facturas medicas o de hospital de 12 meses previos de terceros.
- *Declaración escrita:* en caso de que la documentación de terceros no este disponible y la Parte Responsable podria verificar la cantidad de Gastos Medicos No Reembolsables, a traves de un testimonio escrito.
- *Declaración verbal:* en caso de que la documentación de terceros no este disponible y la Parte Responsable sea incapaz de presentar un testimonio escrito, la Parte Responsable podria verificar la cantidad de Gastos Medicos No Reembolsables, a traves de un testimonio verbal. El empleado del Hospital que complete la solicitud debere atestiguar, por escrito, de cualquier declaración verbal de la Parte Responsable.

*Nata: En caso de que la documentación de terceros no este disponible, el Paciente proporcionara una explicación razonable de por que es incapaz de proveer la verificación requerida de terceros. Se hara todo esfuerzo razonable para verificar el testimonio del Paciente y la información de respaldo. El Hospital podria proveer asistencia financiera a pesar de que el Paciente no proporcione la documentación de terceros.*

### **C. Proceso de determinación**

1. Los Consejeros de Servicios de Familia evaluaran la Solicitud presentada de acuerdo con los metodos de procesamiento establecidos para la solicitud de asistencia financiera.
2. Los Consejeros de Servicios de Familia determinaran la elegibilidad del Paciente para la asistencia financiera y, de recibirla, tambien determinaran el nivel de asistencia financiera para el que el Paciente califique; considerando, sin embargo, que los Consejeros de Servicios de Familia podran, en cualquier momento, solicitar que el Comité de Asistencia Financiera tome dicha determinación.
3. La meta del TSRHC es tomar una determinación respecto de la elegibilidad apenas reciba la información suficiente sobre los recursos y sobre la elegibilidad para la asistencia gubernamental.

### **D. Fecha de vigencia de la solicitud**

Una vez que la asistencia financiera sea aprobada, se hara efectiva para todas las cuentas pendientes y para todas las cuentas eximidas doce (12) meses despues de la fecha mas tardfa en que (i) el Hospital reciba la Solicitud completa; y (ii) la primera fecha de servicio facturable.

## **V. CRITERIO/BASE DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA PARA MONTOS COBRADOS**

El nivel de asistencia financiera se basara en la clasificación de Financieramente Indigente o Medicamente Indigente, incluyendo Medicamente Indigente Catastrófico, segun se define mas adelante. Al Paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera bajo esta Norma no se le cobrara masque el monto generalmente facturado («AGB», por sus siglas en ingles) par los servicios prestados. Para determinar el AGB, el TSRHC usa el metodo de revision en el cual los porcentajes del

AGB se basan en las tarifas de Medicaid, como se indica en la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas. El TSRHC podría cambiar la metodología para calcular el AGB en el futuro, de acuerdo con las regulaciones aplicables. La información sobre el cálculo del AGB y sobre el porcentaje del AGB que se usa para calcular el AGB puede obtenerse por escrito y de manera gratuita con los Consejeros de Servicios de Familia/Admisiones en 2222 Welborn Street, Dallas TX 75219.

#### **A. Financieramente indigente**

1. Financieramente indigente se refiere a un Paciente cuyo ingreso bruto es igual o menor al 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza («FPG», por sus siglas en inglés).
2. Un Paciente se considerará Financieramente Indigente y no deberá presentar la Solicitud si presenta pruebas de que participa en cualquiera de los siguientes programas:
  - Medicaid
  - Programa de Seguro de Salud para Niños («CHIP», por sus siglas en inglés)
  - Programas de Salud para Indigentes del Condado
  - AFDC
  - Cupones para alimentos
  - WIC
  - TexCare Partnership
  - Prueba de que el Paciente ha sido considerado financieramente indigente en otro centro de salud
  - Otros programas que usen métodos similares de evaluación
3. Los Pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100% para todos los cargos pendientes después del pago efectuado por los terceros responsables.

#### **B. Medicamento indigente**

1. Medicamento indigente se refiere a un Paciente (i) cuya factura médica o del hospital de las últimas doce (12) meses, después de los pagos de terceros pagadores, excede el 1% del ingreso bruto anual del Paciente; (ii) cuyo ingreso bruto anual es mayor al 200% pero inferior o igual al 1000% de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, siglas en inglés) y (iii) que no puede pagar el saldo de la cuenta pendiente del Paciente. Las facturas médicas o del hospital descritas, en parte, (i) podrían relacionarse al Hospital y a otros proveedores afiliados y no afiliados y podrían incluir, sin limitación, los costos anualizados y no reembolsables incurridos por el Paciente en conexión con la compra de medicamentos y/o materiales médicos («Gastos Médicos No Reembolsables»).
2. Los Pacientes considerados Medicamento indigentes calificarán para un descuento a todos los cargos del Hospital que resten después de los pagos de los terceros pagadores. El descuento debe de ser igual al mayor de (i) el descuento aplicable establecido en la Escala de Regulación de Honorarios aquí adjunta como documento de prueba C; (ii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación de pago al Hospital del Paciente después de aplicarse el descuento es igual al 1% del ingreso bruto del Paciente y (iii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación del Paciente no sea mayor que el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés).

### **C. Medicamento indigente catastr6fico**

1. Medicamento indigente catastr6fico se refiere a un Paciente (i) cuyo Gastos Medicos No Reembolsables exceden 1% del ingreso bruto; (ii) cuyo ingreso bruto es mayor del 1000% del FPG; y (iii) quien es incapaz de pagar el saldo pendiente del paciente.
2. Los Pacientes considerados Medicamento indigentes catastr6ficos calificaran para un descuento en todos los cargos restantes del Hospital despues de los pagos de terceros pagadores. El descuento debera ser el mayor de (i) la cantidad necesaria para asegurar que la obligaci6n del Paciente hacia el Hospital, despues de la aplicaci6n del descuento, sea igual a 1% del ingreso bruto del Paciente; o (ii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligaci6n de pago del Paciente no sea mayor al AGB.

### **VI. COMITE DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- A. El Comit6 de Asistencia Financiera del Hospital estara compuesto por un representante del Departamento de Finanzas, un representante del Departamento de Proceso de Ganancias, un representante del Departamento de Servicios de Familia, un representante del Departamento de Acceso al Paciente, el Consejo General y/o una persona designada y otros considerados necesarios por el comite. La presidencia del comite sera designada por el Director de Finanzas.
- B. El Comit6 de Asistencia Financiera sera responsable de asegurar que el Hospital aplique y utilice esta Norma de manera apropiada y uniforme. Adem6s, el Comit6 de Asistencia Financiera debe implementar cambios no-materiales a la Norma, segun sea necesario, para cumplir con la intenci6n de la Norma.
- C. Pudiera ser apropiado, en ciertas situaciones, otorgarle asistencia financiera a un Paciente aunque la situaci6n financiera del Paciente no satisfaga los requisitos establecidos en las Gufas de Criterio de Elegibilidad de Asistencia Financiera del Hospital. En estas situaciones, el Comit6 de Asistencia Financiera del Hospital pudiera revisar la solicitud y cualquier otra informaci6n pertinente y tomar una determinaci6n sobre la elegibilidad para asistencia del Paciente.

### **VII. SALDO DE LA CUENTA**

Esta Norma no altera ni modifica las cantidades adeudadas por terceros pagadores ni tampoco altera ni modifica las normas relacionadas a los esfuerzos para obtener los pagos de terceros pagadores.

La cuenta del Paciente se revisara para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera asi como la solicitud apropiada de cualquier pago de terceros pagadores aplicable y/o descuentos antes de iniciar una cuenta para el Paciente. Una vez que el Paciente califique para la asistencia financiera, el Paciente debera ser notificado de su elegibilidad bajo la Norma y cualquier cantidad que es la responsabilidad del Paciente despues de la solicitud de descuento debera ser incluida en la factura(s) al Paciente despues de darle de alta. No se facturaran las cantidades que califiquen bajo la Norma. Despues de que el saldo de la cuenta del Paciente se vea reducido por cualquier descuento disponible bajo esta Norma, el Paciente sera responsable por el saldo restante de su cuenta. El TSRHC le enviara tres facturas al Paciente despues de darle de alta en un periodo de 120 dias.

### **VIII. RAZONES PARA LA DENEGACI6N**

#### **A. Servicios no incluidos**

El hospital se reserva el derecho de excluir ciertos servicios de la cobertura bajo esta Norma.

## **B. Falsificación de información**

La asistencia financiera será denegada si el Paciente proporciona información falsa en la solicitud, como información falsa relacionada con las medias financieras del Paciente para pagar por su atención. Esto incluye, pero no está limitado a, información falsa relacionada al ingreso bruto del Paciente, otros recursos disponibles, número de personas en el hogar, gastos médicos o gastos del hogar.

## **C. Acuerdo con terceros pagadores**

Los Pacientes que lleguen a un acuerdo financiero con terceros pagadores relacionado a la atención recibida o proporcionada en el hospital deben usar el monto de ese acuerdo para cubrir cualquier y todos los cargos del hospital. El Paciente será responsable de todos los cargos del hospital, indistintamente de si al Paciente se le ha otorgado, anteriormente, atención caritativa o asistencia financiera bajo esta Norma.

## **IX. PUBLICACIÓN DE LAS NORMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA**

En un esfuerzo para asegurar que esas familias que pudieran ser elegibles para la asistencia financiera estén familiarizadas con la Norma, el TSRHC publicará información sobre la Norma de manera extensiva. A todas las personas que soliciten atención médica en el hospital se les debe ofrecer la información en el lenguaje apropiado, de ser posible, sobre el Programa de Asistencia/Atención Caritativa del Hospital, incluso el criterio de elegibilidad y el proceso de solicitud. Los Consejeros de Servicios de Familia estarán disponibles para comunicarse y asistir a las Pacientes sobre esta Norma y la finalización de la solicitud.

Cada factura enviada después de darle de alta al Paciente le notificará de la asistencia financiera que está disponible para individuos elegibles, incluyendo un número telefónico para preguntas sobre asistencia financiera, y un sitio web donde puede obtener información adicional. Una copia gratis de las normas de facturas del TSRHC se puede obtener llamando al teléfono 214-559-8630.

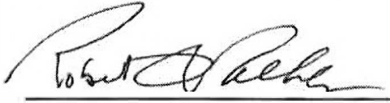
La información relacionada a esta Norma y cómo solicitar asistencia financiera también se proveerá durante conversaciones telefónicas con las Pacientes, referentes a los cargos y/o balances de la cuenta. Si el pago del monto total no es posible y el Paciente no califica para asistencia financiera, entonces puede ofrecerse un plan de pago.

## **X. NORMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

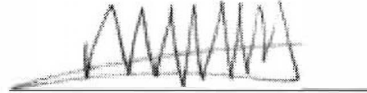
El TSRHC no cuenta con un Departamento de Emergencia. Sin embargo, el hospital proporcionará, sin discriminación, evaluación y cuidado inicial para condiciones médicas de emergencia, independientemente de si las personas son elegibles para la asistencia financiera bajo esta Norma, de acuerdo con sus obligaciones bajo la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo, con otras leyes aplicables y con las Normas de Servicios de Emergencia del Hospital.

Asimismo, el hospital no debe fomentar acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, como el exigir que las Pacientes que soliciten servicios de emergencia paguen antes de recibir el tratamiento inicial para condiciones de emergencia médica o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la evaluación y la provisión, sin discriminación, de ese tratamiento inicial.

Aprobado para entrar en vigencia en 26 febrero 2019 por:



Robert L. Walker  
Presidente/CEO



William R. Huston  
Vicepresidente Superior y  
Director Financiero



Matt Chance  
Vicepresidente de Servicio, Operaciones

Creado en: 1/26/2012

Revisado en: 9/8/14, 5/19/16, 9/15/16, 2/26/19

Fecha de revisión: 9/6/2022



**PROVEEDORES A QUIENES LA NORMA SE APLICA Y NO SE APLICA**

Esta Norma de Asistencia Financiera y de Atención Caritativa aplica a todos los proveedores que dan atención de emergencia o medicamento necesaria en el TSRHC, a menos que se notifique lo contrario.



**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).</b>			
<b>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: \_\_\_\_\_

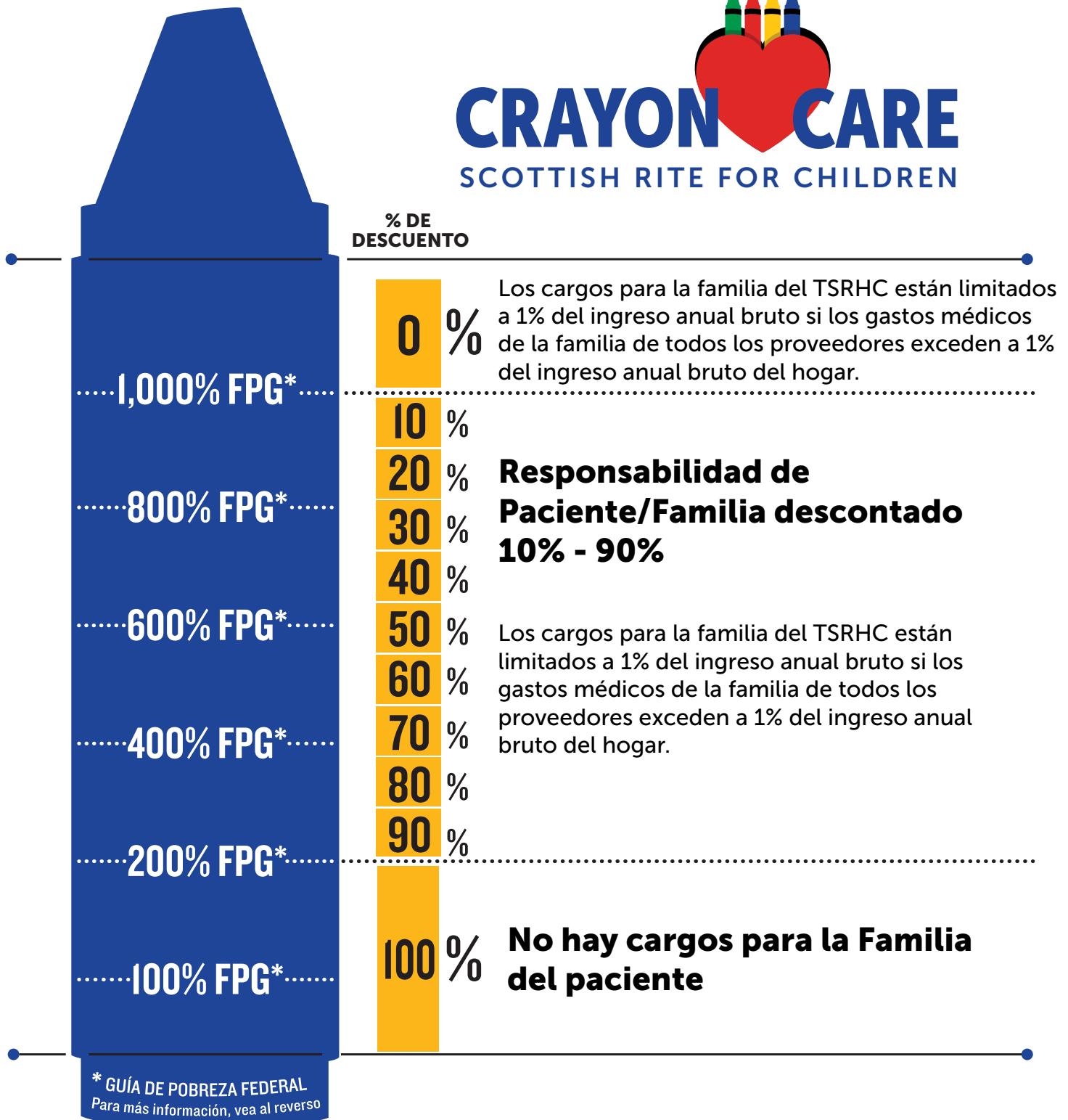
Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# 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

2022 Guías de Pobreza Federal del 2022 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 \$23,030 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

Tamaño del Hogar		3 ó menos
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$46,060	100%
\$46,061	\$69,090	90%
\$69,091	\$92,120	80%
\$92,121	\$115,150	70%
\$115,151	\$138,180	60%
\$138,181	\$161,210	50%
\$161,211	\$184,240	40%
\$184,241	\$207,270	30%
\$207,271	\$218,785	20%
\$218,786	\$230,300	10%
\$230,301	and up	0%

Tamaño del Hogar		4
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$55,500	100%
\$55,501	\$83,250	90%
\$83,251	\$111,000	80%
\$111,001	\$138,750	70%
\$138,751	\$166,500	60%
\$166,501	\$194,250	50%
\$194,251	\$222,000	40%
\$222,001	\$249,750	30%
\$249,751	\$263,625	20%
\$263,626	\$277,500	10%
\$277,501	and up	0%

Tamaño del Hogar		5
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$64,940	100%
\$64,941	\$97,410	90%
\$97,411	\$129,880	80%
\$129,881	\$162,350	70%
\$162,351	\$194,820	60%
\$194,821	\$227,290	50%
\$227,291	\$259,760	40%
\$259,761	\$292,230	30%
\$292,231	\$308,465	20%
\$308,466	\$324,700	10%
\$324,701	and up	0%

Tamaño del Hogar		6
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$74,380	100%
\$74,381	\$111,570	90%
\$111,571	\$148,760	80%
\$148,761	\$185,950	70%
\$185,951	\$223,140	60%
\$223,141	\$260,330	50%
\$260,331	\$297,520	40%
\$297,521	\$334,710	30%
\$334,711	\$353,305	20%
\$353,306	\$371,900	10%
\$371,901	and up	0%

Tamaño del Hogar		7
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$83,820	100%
\$83,821	\$125,730	90%
\$125,731	\$167,640	80%
\$167,641	\$209,550	70%
\$209,551	\$251,460	60%
\$251,461	\$293,370	50%
\$293,371	\$335,280	40%
\$335,281	\$377,190	30%
\$377,191	\$398,145	20%
\$398,146	\$419,100	10%
\$419,101	and up	0%

Tamaño del Hogar		8
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$93,260	100%
\$93,261	\$139,890	90%
\$139,891	\$186,520	80%
\$186,521	\$233,150	70%
\$233,151	\$279,780	60%
\$279,781	\$326,410	50%
\$326,411	\$373,040	40%
\$373,041	\$419,670	30%
\$419,671	\$442,985	20%
\$442,986	\$466,300	10%
\$466,301	and up	0%

Tamaño del Hogar		9
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$102,700	100%
\$102,701	\$154,050	90%
\$154,051	\$205,400	80%
\$205,401	\$256,750	70%
\$256,751	\$308,100	60%
\$308,101	\$359,450	50%
\$359,451	\$410,800	40%
\$410,801	\$462,150	30%
\$462,151	\$487,825	20%
\$487,826	\$513,500	10%
\$513,501	and up	0%

Tamaño del Hogar		10
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$112,140	100%
\$112,141	\$168,210	90%
\$168,211	\$224,280	80%
\$224,281	\$280,350	70%
\$280,351	\$336,420	60%
\$336,421	\$392,490	50%
\$392,491	\$448,560	40%
\$448,561	\$504,630	30%
\$504,631	\$532,665	20%
\$532,666	\$560,700	10%
\$560,701	and up	0%

