



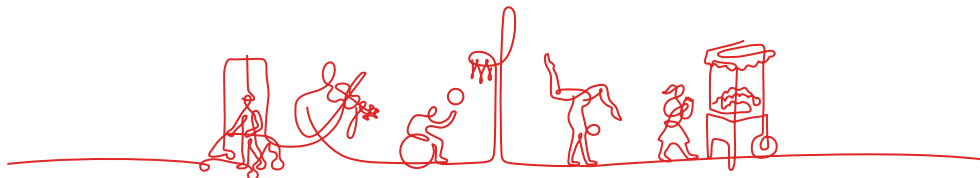
Estimada familia del paciente:

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.



% DE DESCUENTO

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

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

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

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

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

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

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

2026 Guías de Pobreza Federal del 2023 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos
\$27,320 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

Tamaño del Hogar		3 or less
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$54,640	100%
\$54,641	\$81,960	90%
\$81,961	\$109,280	80%
\$109,281	\$136,600	70%
\$136,601	\$163,920	60%
\$163,921	\$191,240	50%
\$191,241	\$218,560	40%
\$218,561	\$245,880	30%
\$245,881	\$259,540	20%
\$259,541	\$273,200	10%
\$273,201	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		4
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$66,000	100%
\$66,001	\$99,000	90%
\$99,001	\$132,000	80%
\$132,001	\$165,000	70%
\$165,001	\$198,000	60%
\$198,001	\$231,000	50%
\$231,001	\$264,000	40%
\$264,001	\$297,000	30%
\$297,001	\$313,500	20%
\$313,501	\$330,000	10%
\$330,001	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		5
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$77,360	100%
\$77,361	\$116,040	90%
\$116,041	\$154,720	80%
\$154,721	\$193,400	70%
\$193,401	\$232,080	60%
\$232,081	\$270,760	50%
\$270,761	\$309,440	40%
\$309,441	\$348,120	30%
\$348,121	\$367,460	20%
\$367,461	\$386,800	10%
\$386,801	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		6
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$88,720	100%
\$88,721	\$133,080	90%
\$133,081	\$177,440	80%
\$177,441	\$221,800	70%
\$221,801	\$266,160	60%
\$266,161	\$310,520	50%
\$310,521	\$354,880	40%
\$354,881	\$399,240	30%
\$399,241	\$421,420	20%
\$421,421	\$443,600	10%
\$443,601	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		7
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$100,080	100%
\$100,081	\$150,120	90%
\$150,121	\$200,160	80%
\$200,161	\$250,200	70%
\$250,201	\$300,240	60%
\$300,241	\$350,280	50%
\$350,281	\$400,320	40%
\$400,321	\$450,360	30%
\$450,361	\$475,380	20%
\$475,381	\$500,400	10%
\$500,401	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		8
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$111,440	100%
\$111,441	\$167,160	90%
\$167,161	\$222,880	80%
\$222,881	\$278,600	70%
\$278,601	\$334,320	60%
\$334,321	\$390,040	50%
\$390,041	\$445,760	40%
\$445,761	\$501,480	30%
\$501,481	\$529,340	20%
\$529,341	\$557,200	10%
\$557,201	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		9
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$122,800	100%
\$122,801	\$184,200	90%
\$184,201	\$245,600	80%
\$245,601	\$307,000	70%
\$307,001	\$368,400	60%
\$368,401	\$429,800	50%
\$429,801	\$491,200	40%
\$491,201	\$552,600	30%
\$552,601	\$583,300	20%
\$583,301	\$614,000	10%
\$614,001	y más alto	0%

Tamaño del Hogar		10
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$134,160	100%
\$134,161	\$201,240	90%
\$201,241	\$268,320	80%
\$268,321	\$335,400	70%
\$335,401	\$402,480	60%
\$402,481	\$469,560	50%
\$469,561	\$536,640	40%
\$536,641	\$603,720	30%
\$603,721	\$637,260	20%
\$637,261	\$670,800	10%
\$670,801	y más alto	0%



- ☐ **Llene la solicitud de asistencia financiera (2 páginas)**
- ☐ **Presente documentación de ingresos familiares de cada fuente de ingresos (si corresponde)**

- La familia se define en esta tabla con base en el seguro médico del niño:

Seguro comercial	Familia del suscriptor del seguro
Medicaid u otro subsidio del estado	Familia con quien vive el niño
Sin seguro médico	Familia de la persona quien reclama al niño en su declaración de impuestos anuales

- Ejemplos de documentación de ingresos familiares incluyen:
 - o Declaración de impuestos más reciente
 - o Talón de cheque de salario (de cada persona que genera ingresos)
- Otros ejemplos de documentación, si corresponde:
 - o Comprobante de pago del Seguro Social o compensación laboral
 - o Notificación de pago del seguro de desempleo, carta de determinación de compensación
 - o Inscripción vigente en un programa de beneficio público como Medicaid; Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado; TANF; Cupones para alimentos: WIC, etc.

- ☐ **Presente prueba de gastos médicos que no sean de Scottish Rite de cualquier miembro de la familia en los últimos 12 meses.**

- Los gastos elegibles incluyen gastos médicos, dentales, de la vista, recetados y equipo médico.
- Los ejemplos incluyen:
 - o Explicación de beneficios (EOB por sus siglas en inglés) de su compañía de seguros
 - o Recibos y/o estados de cuenta que muestren la parte del paciente
 - o Facturas detalladas; Estados de cuenta de la tarjeta HSA o FSA
- * Si su ingreso es menor que la cantidad que se indica a continuación para el tamaño de su familia, NO necesita presentar los gastos médicos y puede pasar al siguiente paso

Tamaño de la familia	Ingreso		Tamaño de la familia	Ingreso
3 ó menos	\$54,640		7	\$100,080
4	\$66,000		8	\$111,440
5	\$77,360		9	\$122,800
6	\$88,720		10	\$134,160

- ☐ **Incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro médico vigente**
- ☐ **Envíe por fax o escanee y envíe por correo electrónico la solicitud y toda la documentación de respaldo a:**

Scottish Rite for Children
Attn: Family Service Counselors
2222 Welborn Street; Dallas, TX 75219-3993
FAX: 214-443-7331
EMAIL: FamilyServicesCounselors@tsrh.org
PHONE: 214-559-8630

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA / CUIDADO BENÉFICO

Nombre del paciente: _____ Número telefónico: _____ Sexo: Femenino / Masculino

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Calle / Ciudad / Estado / Código postal

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