

Boston Children’s Hospital (el “Hospital”) y sus Fundaciones de médicos (las “Fundaciones”) tienen el compromiso de ser recursos para los menores con necesidad de atención, sin importar su capacidad de pago. Esta Solicitud de asistencia económica se usa para evaluar las oportunidades de asistencia para toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que proporcionan el hospital y las fundaciones. Imprima y complete todas las secciones que apliquen.

El hospital y las fundaciones trabajarán con pacientes para solicitar asistencia pública (p. ej., Medicaid, Commonwealth Care y Health Safety Net), según corresponda. No solicitar asistencia pública para la que pueda calificar puede dar como resultado que el hospital y las fundaciones rechacen su solicitud de asistencia económica.

Si tiene alguna pregunta para completar esta solicitud, comuníquese personalmente con la Unidad de Asesoramiento Financiero del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en el Hospital en 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, o llame al (617) 355-7201.

Envíe por correo las solicitudes completadas a:

Boston Children’s Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160
Boston, MA, 02115

1. Información del solicitante

Nota 1: Solicitante es el nombre de la persona que completa la solicitud.

Nombre del solicitante (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Relación/parentesco del solicitante con el paciente	
Número del expediente médico del paciente en Boston Children’s	
Fechas de servicio para la asistencia económica solicitada	
Números de cuenta para la asistencia económica solicitada	
Dinero solicitado	

2. Información del paciente y del garante del paciente

Nota 2: Paciente es la persona para quien es la solicitud; la persona que recibió/está recibiendo atención médica.

Nota 3: Garante del paciente es la persona financieramente responsable de la factura.

¹ La póliza de asistencia económica de Boston Children’s Hospital no se aplica a soluciones de salud, recetas de Boston Children compañía limitada que actúa como farmacia de Boston Children ni a ninguno de los artículos que surten soluciones de salud, recetas de Boston Children compañía limitada que actúa como farmacia de Boston Children.

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Fecha de nacimiento del paciente	

Número de Seguro Social del paciente (si se ha emitido)	
Dirección del paciente	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> No se aplica
Teléfono del paciente	
Nombre del garante del paciente	
Dirección del garante del paciente	
Relación/Parentesco del garante del paciente con el paciente	
Empleador del garante del paciente	
Dirección del empleador del garante del paciente	

- Incluya la verificación de la residencia, como licencia de conducir, declaración de hipoteca, contrato de alquiler, factura de impuestos, factura de electricidad, factura de servicios públicos o factura del teléfono.

¿Solicitó el paciente asistencia pública como Medicaid, Commonwealth Care, o Health Safety Net?

Sí No Se desconoce Resultados _____

Si la respuesta es "Sí", dé los resultados de la solicitud.

Si el paciente recibió asistencia pública en la fecha del servicio, incluya la información de asistencia pública con la solicitud.

Si la asistencia pública fue denegada anteriormente, incluya la información de la denegación.

¿Tenía seguro médico el paciente en la fecha del servicio?

Sí No Se desconoce Seguro médico _____

Si el paciente tenía seguro en la fecha del servicio, incluya la información del seguro con la solicitud.

¿Tiene el paciente/garante acceso a seguro médico a través de su empleador?

Sí No Se desconoce Empleador _____

¿Canceló voluntariamente el paciente/garante el seguro en los últimos 60 días?

Sí No Se desconoce Seguros _____

¿Tenía el paciente una demanda legal, convenio o reclamo de responsabilidad pendiente en su contra en la fecha del servicio?

Sí No Se desconoce Resultados _

Si el paciente tenía una demanda legal, convenio o reclamo de responsabilidad pendiente, incluya el estado de estos con la solicitud.

¿Tiene acceso el paciente a otro financiamiento para ayudar a pagar los servicios médicamente necesarios?

Sí No Se desconoce Fuente de financiamiento _____

3. Información familiar

El Hospital determina la elegibilidad para los programas de asistencia económica basándose en los ingresos familiares del paciente. Las tarifas de descuento se determinan usando las Directrices federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG). Indique el paciente y el padre/madre y tutores legales del paciente (ya sea que vivan o no con el paciente). Además, indique todos los familiares del paciente que viven con el paciente, incluyendo los hermanos del paciente menores de 18 años que vivan con el paciente. Si el paciente está casado, indique el cónyuge del paciente. Si son más de 6 miembros, añada papel adicional.

Número de familiares

Id.	Nombre del familiar (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Relación/parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	Edad
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Ingresos familiares

Indique todos los ingresos familiares brutos para los períodos de 6 y 12 meses antes de la fecha del servicio con el que se relaciona esta solicitud de asistencia económica. Los ingresos familiares brutos se calculan antes de los impuestos e incluyen los salarios, subsidios por desempleo, compensación de los trabajadores y algunas otras formas de ingresos. Los ingresos familiares deben indicarse para el paciente, padre/madre, tutores legales del paciente (ya sea que vivan o no con el paciente) y los hermanos del paciente menores de 18 años que vivan con el paciente. Si el paciente está casado, los ingresos familiares deberían incluir los del cónyuge del paciente. Se pueden poner varias fuentes para cada tipo de ingresos.

Tipo de ingresos familiares	Fuentes de los familiares	Últimos 6 meses Ingresos brutos en dólares	Últimos 12 meses Ingresos brutos en dólares
Salarios			
Subsidio de desempleo			
Compensación de los trabajadores			
Asistencia pública			
Pensión/jubilación			
Propiedad en renta			
Discapacidad			
Manutención de menores (si no se reporta en los salarios)			
Pensión alimenticia (si no se reporta en los salarios)			
Seguro Social			
Dividendos/intereses/regalías			
Otro			
Total			

- Incluya la verificación de ingresos, incluidas las declaraciones de impuestos del año anterior, el W2 de años anteriores, 4 recibos de pago recientes o la verificación por escrito por parte del empleador, el cheque de Seguro Social, el cheque por discapacidad o la declaración jurada firmada donde se declaran ingresos nulos.

5. Certificación y firma

Solicito al hospital que haga una determinación de elegibilidad para recibir asistencia económica. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del Hospital. También comprendo que si la información que proporcioné es falsa, se me puede denegar la ayuda financiera y puedo ser responsable del pago al hospital y a la fundación por los servicios prestados. Por este medio, declaro que la información en esta solicitud está completa y es precisa según mi leal saber y entender y comprendo el proceso y mis responsabilidades.

Nombre del solicitante (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Firma	Fecha