



Solicitud de atención médica caritativa y asistencia para el transporte y la vivienda

Los Shriners Hospitals for Children están dedicados a proporcionar atención médica a niños con trastornos neuromusculares, lesiones causadas por quemaduras y otras necesidades médicas sin costo alguno para los pacientes, sus familiares o sus tutores. Le pedimos su ayuda para cumplir con nuestras responsabilidades financieras, de modo que podamos documentar con exactitud los datos de los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención médica caritativa y asistencia para el transporte.

Por favor, responda a todas las preguntas.

Si la última solicitud financiera en cuanto al derecho de recibir tales servicios tiene más de 12 meses de antigüedad o si la situación financiera en el hogar cambió, es posible que la necesidad de atención médica caritativa y la asistencia para el transporte sean reevaluadas en cada prestación de servicio subsecuente.

Nombre del niño(a) _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____

Sexo Masculino/Femenino (marque con un círculo)

Dirección postal del niño(a) _____ **Ciudad/Estado/Código postal** _____

Información del Padre/Madre/Tutor

Nombre _____ **Relación con el niño(a)** _____

Dirección postal _____ **Ciudad/Estado/Código postal** _____

Número de Seguridad Social _____ - _____ - _____ **Número telefónico principal (____)** _____

Número total de miembros dependientes de la familia que viven en el hogar (inclúyase también usted) _____

Número de niños (edad de 0 a 21 años de edad), incluidos en el número anterior, que viven en el hogar _____

Solicitud de Medicaid

Marque las casillas que correspondan más abajo: Adjunte copias de las notificaciones de Medicaid, más todos los adjuntos a dichas notificaciones.

Yo/Nosotros he(mos) no he(mos) solicitado la cobertura de estos servicios a Medicaid. Explique la razón _____

Yo/Nosotros he(mos) no he(mos) sido rechazado(s) por Medicaid. Razón del rechazo (por favor incluya una copia) _____

Yo/Nosotros he(mos) no he(mos) sido rechazado(s) por el Programa del seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) _____

Yo recibí/nosotros recibimos una aprobación de Medicaid, pero con un gasto mensual de responsabilidad económica del paciente (spend down) de \$ _____

FOR HOSPITAL USE ONLY:
MR # or FIN # _____



Si alguna de las circunstancias siguientes corresponde, marque la casilla y proporcione la documentación:

- Programas solventados por el estado para medicamentos con receta;
- Desamparado o recibió asistencia de una clínica para personas desamparadas;
- Participación en programas para la Mujer, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
- Derecho a recibir cupones para la compra de alimentos (food stamps);
- Derecho a participar en el programa de almuerzos gratis/de precio reducido/ o con descuento en la escuela;
- Derecho a participar en otros programas de asistencia locales o estatales no financiados (por ejemplo, responsabilidad económica del paciente de Medicaid);
- Como dirección postal válida se proporciona la de una vivienda subvencionada/de bajos ingresos; y
- Padre/madre fallecido/a sin herencia conocida.

Ingresos del hogar (mensual)

Salarios

- a) **Salarios totales del paciente/persona responsable** _____
(adjunte una copia del talón del cheque de pago)
- b) **Nombre del empleador** _____
- c) **Dirección del empleador** _____
- d) **Nombre del cónyuge** _____
- e) **Salario total del cónyuge** _____ (adjunte una copia del talón del cheque de pago)
- f) **Nombre del empleador del cónyuge** _____
- g) **Dirección del empleador** _____

Otro ingreso

- a) **Pagos por discapacidad** _____
- b) **Pensión por alimentos/Manutención de menores** _____
- c) **Beneficios jubilatorios** _____
- d) **Ingresos de inversiones** _____
- e) **Compensación de desempleo** _____
- f) **Otro** _____

Por la presente afirmo que todas las declaraciones hechas anteriormente son correctas y completas y doy mi consentimiento para que Shriners Hospitals for Children o sus representantes continúen con verificaciones adicionales.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

<p>FOR HOSPITAL USE ONLY:</p> <p>MR # or FIN # _____</p>



Shriners Hospitals
for Children®

Antes de enviar su solicitud asegúrese de haber adjuntado toda la información sobre ingresos solicitada. Las solicitudes incompletas o fraudulentas serán denegadas.

- Estados de cuenta de salarios/ingresos de los últimos 90 días
- La declaración de impuestos completa del último año
- Copia de las notificación de denegación del seguro/Medicaid
- Notificaciones de las resoluciones de seguridad social

FOR HOSPITAL USE ONLY:

MR # or FIN # _____