

Servicios financieros para pacientes

Solicitud de Asistencia financiera



Boston Children's Hospital (el "Hospital") y sus Fundaciones de médicos (las "Fundaciones") tienen el compromiso de ser recursos para los menores que tienen necesidad de atención, sin importar su capacidad de pago. Esta Solicitud de Asistencia financiera 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 cual pueda calificar puede dar como resultado que el hospital y las fundaciones rechacen de su solicitud de asistencia financiera.

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 ubicado 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 160.1/160.2
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	
Fecha(s) de servicio para la asistencia financiera solicitada	
Número(s) de cuenta para la asistencia financiera 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.

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Fecha de nacimiento del paciente	
Número de Seguro Social del paciente (si se ha emitido)	

Servicios financieros para pacientes

Solicitud de Asistencia financiera



Dirección del paciente	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> No aplica
Número de 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 No se sabe Resultados _____

Si el paciente recibió asistencia pública en la fecha del servicio, proporcione la información de asistencia pública con la solicitud. Si la asistencia pública ha sido denegada anteriormente, proporcione la información de la denegación.

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

Sí No No se sabe Resultados _____

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

¿Tenía el paciente en su contra un juicio, convenio o reclamo de responsabilidad pendiente en la fecha del servicio?

Sí No No se sabe Resultados _____

Si el paciente tenía un juicio, convenio o reclamo de responsabilidad pendiente, proporcione el estado de estos con la solicitud.

3. Información familiar

El Hospital determina la elegibilidad para los programas de asistencia financiera con base en los ingresos familiares del paciente. Las tarifas de descuento se determinan usando las Federal Poverty Guidelines (Directrices federales de pobreza o FPG, en inglés).

Indique el paciente y el padre o madre y el(los) tutor(es) legal(es) del paciente (ya sea que vivan o no con el paciente). Además,

Servicios financieros para pacientes

Solicitud de Asistencia financiera



indique todos los miembros de la familia del paciente que viven con el paciente, incluidos los hermanos del paciente menores de 18 años de edad 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 miembros de la familia	
----------------------------------	--

Id.	Nombre del miembro de la familia (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 financiera. El ingreso familiar bruto se calcula antes de los impuestos e incluye los salarios, la compensación por desempleo, la compensación a los trabajadores y algunas otras formas de ingresos. Los ingresos familiares deben indicarse para el paciente y el padre o madre y el(los) tutor(es) legal(es) del paciente (ya sea que vivan o no con el paciente), así como los hermanos del paciente menores de 18 años de edad que vivan con el paciente. Si el paciente está casado, los ingresos familiares deberían incluir los del cónyuge del paciente. Se pueden indicar varias fuentes para cada tipo de ingreso.

Tipo de ingresos familiares	Fuente(s) de los miembro(s) de la familia	Dinero en cifras brutas de los últimos 6 meses	Dinero en cifras brutas de los últimos 12 meses
Salarios			
Compensación por desempleo			
Compensación a 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 en donde se declaran ingresos nulos.

5. Certificación y firma

Servicios financieros para pacientes

Solicitud de Asistencia financiera



Solicito al hospital que haga una determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera. 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