



## Solicitud y determinación de elegibilidad para asistencia financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ingresos de la familia del solicitante (ingresos de los últimos 12 meses) \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de familiares: \_\_\_\_\_

Fechas de solicitud del servicio: \_\_\_\_\_

Los ingresos incluyen: a) Ingresos netos de alquileres y trabajo por cuenta propia b) Salarios brutos, Seguro Social y jubilación ferroviaria, desempleo y compensación de los trabajadores, asistencia pública, manutención de menores y pensión alimenticia, pensiones, dividendos, subsidios, intereses, becas, asignaciones militares y ganancias netas de juego. Una familia es un grupo de personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

### Adjunte lo siguiente:

- ❖ una copia de la declaración de impuestos 1040 presentada el año anterior, incluyendo el Anexo 1, si corresponde
- ❖ una declaración que indique cualquier circunstancia o ajustes posteriores al nivel de ingresos

*Certifico que la información indicada arriba es verdadera y exacta a mi leal saber y entiendo que la información provista está sujeta a verificación por parte del Blythedale Children's Hospital. Además, pediré cualquier asistencia que pueda estar disponible para el pago de los cargos del Hospital (Medicaid, seguro, etc.) y asignaré o pagaré al Hospital esa cantidad recuperada por los cargos del Hospital. Si he dado alguna información que no es verdadera, entiendo que el Hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar las medidas que sean apropiadas.*

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

### Eligibility Determination

(completed by Blythedale Children's Hospital)

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Income Verified? Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Application Approved: 100% Free \_\_\_\_\_ Pending \_\_\_\_\_ Final \_\_\_\_\_

Application Denied: Income exceeds Federal Guideline \_\_\_\_\_ Other (specify): \_\_\_\_\_

Other uncompensated services: Approved \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Payment %: \_\_\_\_\_

Date of Decision: \_\_\_\_\_ Preparer's Signature: \_\_\_\_\_ CFO Signature: \_\_\_\_\_