



Children's
of Alabama®

APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA: CARTA DE PRESENTACIÓN

Gracias por escoger a Children's de Alabama para proveer las necesidades de salud de su hijo. Por favor encuentre adjuntos los formularios que usted deberá completar para ser considerado para ayuda financiera. **Esta aplicación será aceptada durante 240 días luego de que se envía el primer estado de cuenta.**

La siguiente es una lista para que usted la use para asegurarse de que tenga toda la información necesaria para presentar. **TODAS** las hojas de la aplicación deberán ser completadas y la siguiente información debe ser provista para procesar su aplicación.

- Evaluación Financiera (páginas 2 y 3)
- Documentos requeridos que se enlistan abajo (delineados en la página 4):
 - Declaraciones de impuestos más recientes (formularios W-2)
 - Uno o dos Estados de Cuenta bancarios más recientes
 - Dos o más talones de pago más recientes **O** una carta **notariada** de su empleador
 - Una carta **notariada** explicando cómo cubren sus necesidades diarias y firmadas por las persona brindando ayuda (si no se reportan ingresos)
 - Una carta **notariada** explicando la duración del desempleo junto con el nombre y la relación que tienen con usted (si usted tiene a alguien con edad para trabajar 18 años o más que es desempleado y viviendo con usted)
- Reconocimientos firmados y con fecha (página 4)

Si usted tiene alguna pregunta acerca de su Aplicación de Ayuda Financiera, por favor llame al 205-638-2722. Por favor envíe por correo o entregue la aplicación complete y toda la información de apoyo y firmadas a:

Por correo:

Children's of Alabama
Attention: Financial Counseling
P. O. Box 36549
Birmingham, AL 35236-6549

En Persona

(Aceptadas Lunes-Viernes 8:00 AM-4:30 PM):

Patient Relations on Main Street
Children's of Alabama
1600 7th Avenue South
Birmingham, AL 35223



APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA: EVALUACIÓN FINANCIERA

Información del Paciente

Nombre:	Fecha:	Número de Cuenta:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: (Circule Una) Masculino o Femenino	Número de Record Médico:
Dirección:	Código Postal:	Teléfono Primario (Circule uno: casa/trabajo/celular):
Condado:	Médico Primario:	Paciente Previo: (Circule uno) Si o No

Información del Fiador (Persona Responsable)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono Primario (Circule uno: casa/trabajo/celular):
Dirección:	Código Postal:	Teléfono Secundario:
Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del Trabajo:

Miembros Familiares (Todos los que viven con usted con excepción del paciente)

Nombre:	Edad:	Relación:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Información del Seguro Médico

Nombre del Seguro Médico #1:	Nombre del Asegurado:	Contrato #:
Estado:	Nombre del Grupo:	Grupo #:
Nombre del Seguro Médico #2:	Nombre del Asegurado:	Contrato #:
Estado:	Nombre del Grupo:	Grupo #:

Es el paciente elegible para cualquier tipo de estudio de becas u otro programa de asistencia gubernamental? (Circule Uno): Si o No	Si la respuesta es sí, por favor enliste el nombre del programa, persona de contacto y número de teléfono, si está disponible:
Es el paciente Ciudadano de Estados Unidos? (Circule Una): Si o No	Ha aplicado el paciente para Medicaid, AllKids, Medicare, o Tricare? (Circule Una): Si o No. Si la respuesta es sí, fue aprobado el paciente? (Circule Una): Si o No.



APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA: EVALUACIÓN FINANCIERA CONTINUACIÓN

Ingresos Mensuales
Salario del Padre (Miembro de la Familia): \$
Salario de la Madre (Miembro de la Familia): \$
Beneficios del Seguro Social: \$
Ingreso Suplementario de Seguro Social: \$
Pensión de la Administración de Veteranos: \$
Pensión: \$
Indemnización de Desempleo: \$
Indemnización del Trabajador: \$
Ingresos por Intereses: \$
Ingresos por Dividendos: \$
Pensión por Manutención de Hijos: \$
Pensión Alimenticia: \$
Ingresos de Alquiler: \$
Otros: \$
TOTAL: \$

Arreglo Financiero

Fue la visita a Children's de Alabama resultado de un accidente? Si o No	
Si la respuesta es sí, se ha presentado un reclamo con el seguro aplicable (i.e., auto, indemnización del trabajador, o propietarios)? Si o No	
Cantidad de Seguro Recibida: \$ _____	
Total: \$ _____	



APLICACION DE AYUDA FINANCIERA: DOCUMENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Usted también deberá proveer copias de los siguientes documentos para que su Aplicación de Ayuda Financiera sea procesada:

1. Uno o dos estados bancarios más recientes (para cuentas de ahorro y chequera),
2. Uno o dos talones de pago más recientes o una carta **notariada*** de su empleador (*Una carta modelo está disponible para que usted use para satisfacer este requerimiento. Por favor llame al 205-638-2722 para solicitar esta carta modelo a los Consejeros Financieros.)
 - a. Si no se reporta ningún ingreso, información de cómo se cubren sus necesidades diarias es necesaria. Si la familia es apoyada por familiares o amigos, una carta **notariada*** explicando este arreglo es necesario. Esta carta deberá ser firmada por el (las) personas brindando la ayuda. (*Una carta modelo está disponible para que usted use para satisfacer este requerimiento. Por favor llame al 205-638-2722 para solicitar esta carta modelo a los Consejeros Financieros.)
3. Si alguien en edad de trabajar (18 años o más) viviendo con usted está desempleado, una carta **notariada*** es necesaria indicando la duración del desempleo, junto con el nombre y la relación con usted. Una declaración de negación de beneficios de desempleo también será aceptada. (*Una carta modelo está disponible para que usted use para satisfacer este requerimiento. Por favor llame al 205-638-2722 para solicitar esta carta modelo a los Consejeros Financieros.)
4. Declaraciones de impuestos más recientes (Estatal y Federal), y
5. Estados de cuenta de SSI, Disability, o Seguro Social (si aplica).

Según entiendo, Yo certifico que la información que he provisto es una representación exacta y verdadera de mi información financiera. Yo también certifico que no hay cobertura de seguro adicional para este paciente además de la que se enlistó al momento del registro.

Firma del Fiador o Persona Responsable

Fecha

Firma del Consejero Financiero



INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACION FINANCIERA (PAGINAS 2 Y 3 DE LA APLICACIÓN)

INFORMACION DEL PACIENTE

1. "Nombre"—Nombre Completo del Paciente (primero, segundo nombre, apellido)
2. "Fecha"—La Fecha de hoy
3. "Número de Cuenta"—Número de Grupo por Cobrar (ver: parte arriba a la izquierda del estado). Si la aplicación es completada antes de los servicios, déjelo en blanco.
4. "Fecha de Nacimiento"— Fecha de Nacimiento del paciente
5. "Sexo"—circule "Masculino" o "Femenino"
6. "Número de Record Médico"—Número de Record médico del Paciente. Si la aplicación es completada antes de los servicios, déjelo en blanco.
7. "Dirección"—Dirección actual del paciente
8. "Código Postal"— Código Postal del paciente en su dirección actual
9. "Teléfono Primario (Circule uno: casa/trabajo/celular); Teléfono actual de la persona responsable (el mejor numero a llamar)
10. "Condado"— El condado al que pertenece la dirección actual del paciente
11. "Médico Primario"—El Doctor principal del paciente en Children's de Alabama
12. "Paciente Previo"—Circule "Si" si el paciente ha estado en Children's antes o "No" si es la primera vez

INFORMACION DEL FIADOR (PERSONA RESPONSABLE)

13. "Nombre"—Nombre complete de la persona responsable (primero, segundo nombre, apellido)
14. "Fecha de Nacimiento"— Fecha de Nacimiento de la persona responsable
15. "Teléfono Primario (Circule uno: casa/trabajo/celular)"—Número Telefónico Actual de la persona responsable (mejor numero de llamar)
16. "Dirección"— Dirección actual de la persona responsable
17. "Código Postal"— Código Postal para la dirección actual de la persona responsable
18. "Teléfono Secundario"—Siguiendo mejor numero a llamar a la persona responsable
19. "Empleador"— Compañía actual para que la personal responsable trabaja
20. "Dirección del Empleador"— Dirección de la compañía donde trabaja la persona responsable actualmente
21. "Teléfono del Trabajo"— Número telefónico actual del lugar de trabajo de la persona responsable

MIEMBROS FAMILIARES (Todos los que viven con usted con excepción del paciente)

22. "Nombre"—Escriba el nombre de el/la cónyuge y los nombres de todos los niños y/o adultos que viven con la persona responsable
23. "Edad"—Escriba la edad de el/la cónyuge y las edades de de todos los niños y/o adultos que viven con la persona responsable
24. "Relación"—Escriba la relación de el/la cónyuge y todos los niños y/o adultos que viven con la persona responsable

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

25. "Nombre del Seguro Médico #1"— Nombre de la Compañía de Seguro Médico Primaria
26. "Nombre del Asegurado"—Nombre de la persona responsable de la póliza de seguro
27. "Contrato #"—Numero del plan individual (mire en la parte de en frente de la tarjeta de seguro medico)
28. "Estado"—Estado al que pertenece la dirección de la Compañía de Seguro Médico

29. "Nombre del Grupo y Grupo #" —Nombre y número del grupo (mire en la parte de enfrente de la tarjeta de seguro médico)
30. "Nombre del Seguro Médico #2" —Nombre de la Compañía de Seguro Médico Secundaria (si usted tiene dos pólizas de seguro)
31. Mire todas las instrucciones de arriba (#26-#29) para completar la póliza #2.
32. "Es el paciente elegible para cualquier tipo de estudio de becas u otro programa de asistencia gubernamental?"—Circule "Si" el paciente ha sido invitado a participar en una investigación o estudio de beca o si el paciente puede recibir dinero o fondos de un programa gubernamental. Si el paciente no puede, entonces circule "No".
33. "Si la respuesta es sí, por favor enliste el nombre del programa, persona de contacto y número de teléfono, si está disponible."—Si usted circulo "Si" para el #31 (arriba), entonces escriba la investigación o estudio de beca, persona de contacto y número de teléfono de ser posible..
34. "Es el paciente Ciudadano de Estados Unidos?"—Circule "Si" si el paciente lo es o "No" si el Paciente no es un ciudadano de Estados Unidos.
35. "Ha aplicado el paciente para Medicaid, AllKids, Medicare, o Tricare? "—Circule "Si" si el paciente ha aplicado a cualquiera de estos programas o "No" si el paciente no lo ha hecho.
36. "Si la respuesta es sí, fue aprobado el paciente?—Circule "Si" si el paciente ha sido aprobado para uno de los programas de asistencia financiera enlistados en el #35 (arriba) o "No" si al paciente se le fue negado.

INGRESOS MENSUALES

37. "Ingresos – Padres"—Dinero Ganado cada mes por parte del trabajo del Padre (quien es miembro de su familia)
38. "Ingresos- Madre"—Dinero Ganado cada mes por parte del trabajo de la Madre (quien es miembro de su familia)
39. "Beneficios de Seguro Social"—Dinero recibido cada mes de parte del Gobierno de Estados Unidos bajo beneficios de Seguro Social
40. "Ingresos Suplementarios de Seguro Social"—Dinero recibido cada mes de parte del Gobierno de Estados Unidos bajo el programa de S.S.I.
41. "Pensión de la Administración de Veteranos"—Dinero recibido cada mes de parte del plan de pensiones de la Administración de Veteranos
42. "Pensión"—Dinero recibido cada mes de parte del Gobierno de Estados Unidos bajo beneficios de plan de retiro
43. "Indemnización de Desempleo"—Dinero recibido cada mes de parte del Gobierno de Estados Unidos por no tener trabajo/no estar trabajando
44. "Indemnización del Trabajador"—Dinero recibido cada mes de parte del empleador (reemplazo de ingresos y beneficios médicos)
45. "Ingresos por Intereses"—Dinero Ganado cada mes en inversiones pagadas sobre los depósitos
46. "Ingresos por Dividendos"—Dinero Ganado cada mes en inversiones (ganancias corporativas compartidas entre accionistas)
47. "Pensión por Manutención de Hijos"—Dinero recibido cada mes (por orden de la corte) para ayudar a compensar costos de la crianza de hijos, típicamente hechos por un padre divorciado que no tiene custodia legal
48. "Pensión Alimenticia"—Dinero recibido cada mes (por orden de la corte) para las provisiones del cónyuge luego de una separación o divorcio
49. "Ingresos por Alquiler"—Dinero recibido cada mes de parte de inquilinos cuando renta una de sus propiedades
50. "Otros"—Dinero recibido cada mes de cualquier otro recurso
51. "Total"—Suma de todo el dinero recibido CADA MES (sume las cantidades del #37 al #50)

ARREGLO FINANCIERO

52. "Fue la visita a Children's de Alabama resultado de un accidente? Si o No."—Circule "Si" si el paciente recibió servicios en Children's de Alabama debido a un accidente o "No" si los servicios no resultaron de un accidente.
53. "Si la respuesta es sí, se ha presentado un reclamo con el seguro aplicable (auto, indemnización del trabajador, o propietarios)? "—Circule "Si" si usted o alguien ha presentado un reclamo con su compañía de seguros o "No" si no..

54. "Cantidad de Seguro Recibida"—Cantidad de dinero recibido de parte de la compañía de seguros para cubrir los gastos por accidentes
55. "Total"—Suma de todo el dinero recibido (si se han presentado múltiples reclamos) para cubrir los gastos por accidente)

***También, ASEGURESE DE COMPLETAR LA PAGINA 3 DE 3 (APLICACION DE AYUDA FINANCIERA: DOCUMENTOS Y RECONOCIMIENTOS)—proporcionando toda la información/documentos y firmando (como "Firma del Fiador o Persona Responsable") y poniendo fecha al documento en la parte baja izquierda de la página antes de presentar la aplicación.