



Estimada familia del paciente:

Gracias por escoger Scottish Rite para Niños como su proveedor de atención médica. Nuestra misión es proporcionar los servicios de atención médica de primera calidad para nuestros pacientes a pesar de la habilidad de la familia para pagar. Para apoyar nuestra misión, Scottish Rite para Niños tiene un programa de asistencia financiera/atención caritativa diseñado para ayudar a las familias a aliviar la carga de la responsabilidad de los gastos médicos de acuerdo con sus necesidades financieras.

El formulario adjunto es aplicable para todas las familias, independientemente de los niveles de ingresos y tipos de seguros. Usted podría calificar para que su atención médica sea sin costo o una cantidad significativamente reducida.

Independientemente de su seguro médico actual (Blue Cross Blue Shield, Aetna, Cigna, etc.) por favor tómese el tiempo para completar esta solicitud para que podamos servirle mejor. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este formulario, por favor, siéntase en la libertad de comunicarse al 214-559-8630 y un consejero de Servicios para la Familia, con mucho gusto le proporcionará más detalles acerca de nuestro programa de asistencia financiera/atención caritativa, contestará cualquier pregunta que pudiera tener o le asistirá con cualquiera de sus necesidades.

Gracias, nuevamente, por escoger Scottish Rite para Niños y por favor, tómese unos minutos para completar el formulario adjunto.





Solicitud de asistencia financiera/Cuidado benéfico

Nombre del paciente: _____ Número telefónico: _____ Sexo: Femenino / Masculino
 Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
 Dirección: _____ Condado: _____
 Calle / Ciudad / Estado / Código postal

Información del proveedor de cuidados/guardián	Información del proveedor de cuidados/guardián
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____ Dirección: _____ Calle / Ciudad / Estado / Código postal Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____ Dirección: _____ Calle / Ciudad / Estado / Código postal Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal

Hermanos del paciente en el mismo hogar				
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	¿También es paciente de Scottish Rite (visto en los últimos 12 meses)
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estado civil de los proveedores del cuidado: Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

¿Qué seguro(s) tiene (si tiene) el paciente actualmente?

Ninguno Medicaid CHIP Seguro comercial: _____ Otro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Quién está como el fiador en el seguro del paciente? _____

Información de elegibilidad			
Por favor, proporcione el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar (si aplica).			
Haga un círculo en uno			
Paciente \$ _____	hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año	Proveedor de cuidados / aval del paciente \$ _____	hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año
Proveedor de cuidados / aval del paciente \$ _____	hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año	Otro \$ _____	hora/semana/2x al mes/cada dos semanas/año
Ingreso Bruto de la Familia *: \$ _____			
*El ingreso bruto es la suma del ingreso bruto del paciente, de la madre del paciente, del padre del paciente y/u otra persona responsable.			
Gastos médicos no reembolsables *: \$ _____			
*Estos son los costos anuales y no reembolsables incurridos por la familia e incluye facturas por servicios proporcionados por Scottish Rite para Niños y otros gastos médicos no reembolsables.			
Número de miembros de la familia viviendo en el hogar*: _____			
*Este número debe incluir el paciente, madre del paciente, padre del paciente, los dependientes de la madre del paciente y los dependientes del padre del paciente.			
Verificación de ingresos: Proporcione documentación que refleje el ingreso total de hogar o prueba de participación en un programa de asistencia gubernamental.			

Solicitud para Asistencia financiera / Cuidado benéfico

Por favor, escriba sus **iniciales** abajo:

_____ Yo/nosotros declaramos que las contestaciones que yo/nosotros hemos proporcionado en esta solicitud son ciertas y correctas de acuerdo con mi/nuestro mejor conocimiento.

_____ Yo/nosotros estamos de acuerdo en comunicarle a Scottish Rite para Niños tan pronto como sea posible, si hay algunos cambios en la información proporcionada en esta solicitud.

_____ Yo/nosotros entendemos que la ley requiere que Scottish Rite para Niños mantenga confidencial cualquier información que yo proporcione/nosotros proporcionemos.

_____ Además Yo/nosotros estamos de acuerdo, que en consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o herida, en reembolsar a Scottish Rite para Niños de los beneficios de cualquier litigio o convenio resultando de tal acto.

_____ Yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros calificamos para servicios no compensados, yo/nosotros seremos personalmente responsables por los cargos de los servicios administrados por Scottish Rite para Niños que yo/nosotros podríamos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.

Si no puede proporcionar prueba de ingreso, por favor, explique por qué:

Yo/nosotros le pedimos a Scottish Rite para Niños que determine si soy/somos elegible(s) para ayuda para pagar la factura de mi/nuestro niño. Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros necesitamos proporcionarle cierta información para que esto se haga. También, yo/nosotros entendemos que Scottish Rite para Niños sus agentes podrían verificar la exactitud de esta información y por la presente firma autorizo a mi empleador o a cualquier individuo mencionado en esta solicitud para certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta solicitud. Yo estoy (nosotros estamos) consciente que la falsificación o distorsión de la información en esta solicitud podría resultar en el rechazo de la asistencia financiera. Yo/nosotros entendemos que el completar este formulario no garantiza que/nosotros recibamos esta ayuda. Si yo no soy (nosotros no somos) elegible(s) para servicios no compensados, yo soy (nosotros somos) responsable(s) por las cuentas de Scottish Rite para Niños n de mi/nuestro niño

Firma del proveedor de cuidados/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de cuidados/guardián: _____ Fecha: _____

Recuerde presentar: Verificación de ingresos, si aplica, comprobantes de gastos médicos familiares del 1% de su ingreso anual bruto por los últimos 12 meses.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL

La familia califica para un descuento de _____ % de todos los cargos del Scottish Rite para Niños; provisto, sin embargo, la cantidad debida después de aplicar el descuento será en todos los casos limitada al 1% de los ingresos brutos de la familia. La cantidad a pagar, después de la aplicación del descuento, es: \$_____).

Algunas partes de esta solicitud fueron completadas por un miembro del personal Scottish Rite para Niños. Esas áreas se han identificado por las iniciales del miembro del personal.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Lista de verificación para asistencia financiera

- Complete la solicitud de asistencia financiera _____
- Proporcione documentación de ingresos del hogar para cada una de las fuentes de ingresos (si es aplicable) _____
- En esta tabla el hogar se define basado en el seguro médico del niño

SEGURO MÉDICO DE SU NIÑO	DEFINICIÓN DE «HOGAR»
Seguros comerciales (Blue Cross / Blue Shield, Aetna, United, Cigna, etc...)	Hogar del responsable
Medicaid u otros fondos estatales	Hogar donde vive el niño
No asegurado	Hogar de la persona quien reclama al niño en la declaración de impuestos anual

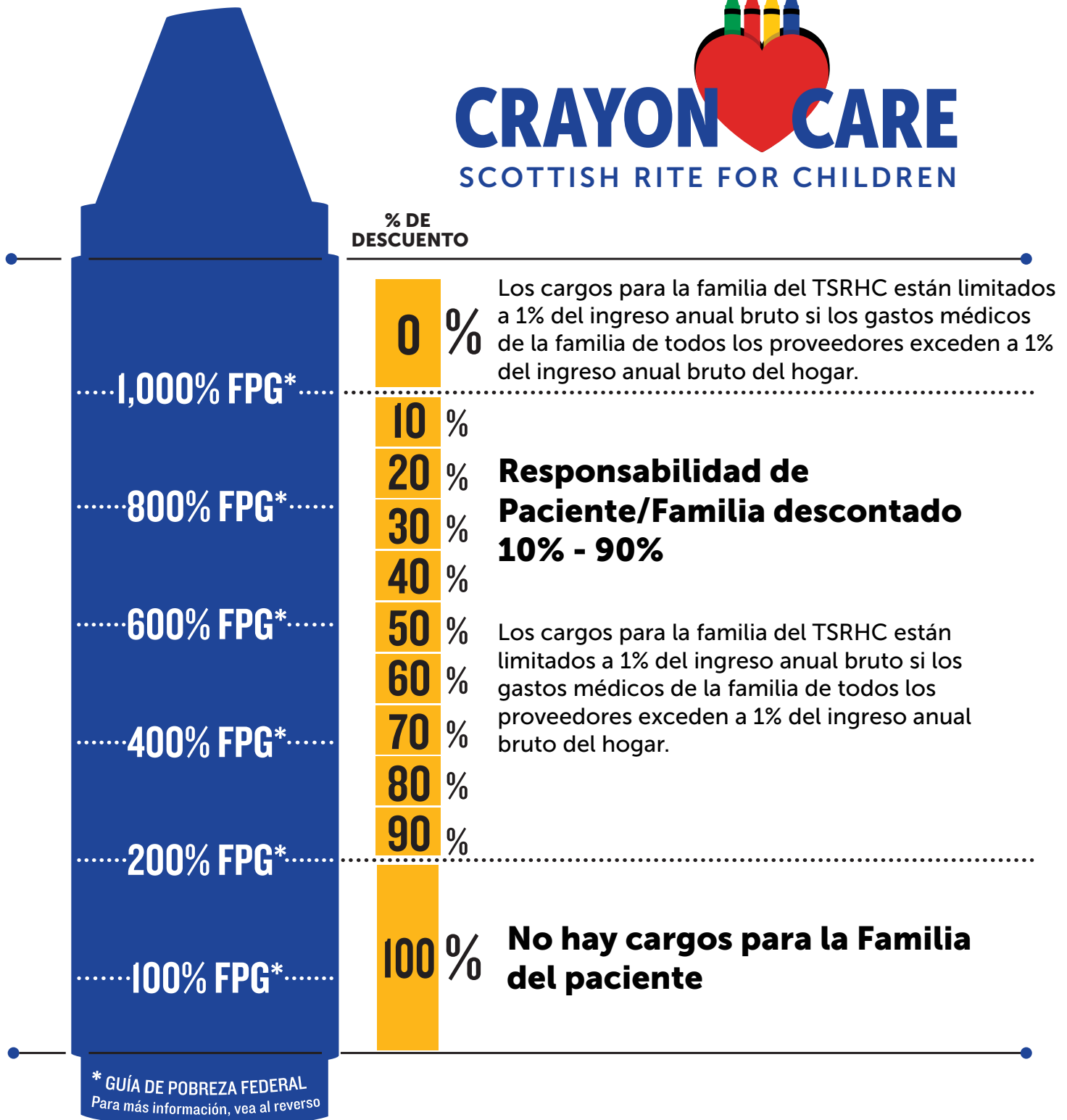
- Declaración de impuestos más reciente o talón de cheque de salario
 - Comprobante de pago del seguro social o de compensación de empleados
 - Notificación de pago por el seguro de desempleo; carta de determinación de compensación por desempleo; u otros indicadores apropiados del ingreso reportado de la familia
 - Documentación que demuestre la participación actual en un programa de beneficio público, tales como, «Medicaid»; «County Indigent Health Care Program»; «TANF»; «Food Stamps»; «WIC»; «TexCare Partnership»; u otros programas similares relacionados a indigencia.
- Proporcione prueba del 1% de su ingreso anual bruto utilizado para los gastos médicos de la familia en los últimos 12 meses _____
 - Incluya una copia de sus tarjetas de seguro médico actuales _____
 - Ponga un sello postal y envíe por correo la solicitud de asistencia financiera a la siguiente dirección o envíela por facsímil al número de fax a continuación: _____
 - Scottish Rite for Children
Attn: Family Service Counselors
2222 Welborn Street
Dallas, Texas 75219-3993
FAX: 214-443-7331
EMAIL: FamilyServicesCounselors@tsrh.org

Si usted tiene cualquier pregunta relacionada con su cuenta, por favor, comuníquese con nuestros consejeros de Servicios para la Familia al teléfono 214-559-8630



CRAYON CARE

SCOTTISH RITE FOR CHILDREN



PROCESO DE LA SOLICITUD

- Completar la solicitud
- Proporcionar prueba del ingreso del hogar y prueba de gastos médicos para la familia de los últimos 12 meses
- Prueba de Registro en el Programa de Asistencia del Gobierno (Medicaid, CHIP, Estampillas de Alimentos, WIC, etc.) si aplica.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

PARA CONSEJEROS DE
SERVICIOS PARA LA FAMILIA

CAMPUS DE DALLAS
214-559-8630

CAMPUS DE FRISCO
469-515-7191



ESCALA DE DESCUENTO Y CALIFICACIÓN

2022 Guías de Pobreza Federal del 2022 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos
 \$23,030 Pobreza Federal Limitada para un hogar con tres dependientes

Tamaño del Hogar		3 ó menos
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$46,060	100%
\$46,061	\$69,090	90%
\$69,091	\$92,120	80%
\$92,121	\$115,150	70%
\$115,151	\$138,180	60%
\$138,181	\$161,210	50%
\$161,211	\$184,240	40%
\$184,241	\$207,270	30%
\$207,271	\$218,785	20%
\$218,786	\$230,300	10%
\$230,301	and up	0%

Tamaño del Hogar		4
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$55,500	100%
\$55,501	\$83,250	90%
\$83,251	\$111,000	80%
\$111,001	\$138,750	70%
\$138,751	\$166,500	60%
\$166,501	\$194,250	50%
\$194,251	\$222,000	40%
\$222,001	\$249,750	30%
\$249,751	\$263,625	20%
\$263,626	\$277,500	10%
\$277,501	and up	0%

Tamaño del Hogar		5
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$64,940	100%
\$64,941	\$97,410	90%
\$97,411	\$129,880	80%
\$129,881	\$162,350	70%
\$162,351	\$194,820	60%
\$194,821	\$227,290	50%
\$227,291	\$259,760	40%
\$259,761	\$292,230	30%
\$292,231	\$308,465	20%
\$308,466	\$324,700	10%
\$324,701	and up	0%

Tamaño del Hogar		6
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$74,380	100%
\$74,381	\$111,570	90%
\$111,571	\$148,760	80%
\$148,761	\$185,950	70%
\$185,951	\$223,140	60%
\$223,141	\$260,330	50%
\$260,331	\$297,520	40%
\$297,521	\$334,710	30%
\$334,711	\$353,305	20%
\$353,306	\$371,900	10%
\$371,901	and up	0%

Tamaño del Hogar		7
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$83,820	100%
\$83,821	\$125,730	90%
\$125,731	\$167,640	80%
\$167,641	\$209,550	70%
\$209,551	\$251,460	60%
\$251,461	\$293,370	50%
\$293,371	\$335,280	40%
\$335,281	\$377,190	30%
\$377,191	\$398,145	20%
\$398,146	\$419,100	10%
\$419,101	and up	0%

Tamaño del Hogar		8
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$93,260	100%
\$93,261	\$139,890	90%
\$139,891	\$186,520	80%
\$186,521	\$233,150	70%
\$233,151	\$279,780	60%
\$279,781	\$326,410	50%
\$326,411	\$373,040	40%
\$373,041	\$419,670	30%
\$419,671	\$442,985	20%
\$442,986	\$466,300	10%
\$466,301	and up	0%

Tamaño del Hogar		9
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$102,700	100%
\$102,701	\$154,050	90%
\$154,051	\$205,400	80%
\$205,401	\$256,750	70%
\$256,751	\$308,100	60%
\$308,101	\$359,450	50%
\$359,451	\$410,800	40%
\$410,801	\$462,150	30%
\$462,151	\$487,825	20%
\$487,826	\$513,500	10%
\$513,501	and up	0%

Tamaño del Hogar		10
Escala de Ingreso		Descuento
\$0	\$112,140	100%
\$112,141	\$168,210	90%
\$168,211	\$224,280	80%
\$224,281	\$280,350	70%
\$280,351	\$336,420	60%
\$336,421	\$392,490	50%
\$392,491	\$448,560	40%
\$448,561	\$504,630	30%
\$504,631	\$532,665	20%
\$532,666	\$560,700	10%
\$560,701	and up	0%

