



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: _____