

Solicitud de asistencia financiera

Children's Healthcare of Atlanta ofrece asistencia financiera para ayudar a los garantes a pagar las facturas por los servicios médicos de sus niños. Para solicitar un descuento sobre los servicios médicos que ya han sido prestados por Children's Healthcare of Atlanta, presente toda la información que se solicita en el formulario que se anexa.

Para que se tome en cuenta cualquier solicitud de asistencia financiera, es necesario que presente su constancia de ingresos. La constancia de ingresos incluye lo siguiente:

- La declaración del impuesto sobre la renta, IRS 1040, más reciente y copias de los formularios W-2 presentados por el garante como respaldo.
- Los dos comprobantes de pago más recientes de todos los miembros del hogar que estén empleados.

Si no recibimos una solicitud de asistencia financiera totalmente completa y todas las constancias de ingresos, no podremos dar ningún tipo de descuento por asistencia financiera y se cerrará la solicitud.

Los residentes de Georgia pueden calificar para recibir los fondos que otorga el Fondo Fiduciario para el Cuidado de Indigentes (ICTF) de Georgia, al igual que otras fuentes de financiamiento. Una persona es residente si ha ingresado al estado con un compromiso de trabajo o si está buscando empleo activamente y no está recibiendo asistencia de otro estado.

La elegibilidad para recibir la asistencia financiera se determinará luego de 90 días de haberse recibido la solicitud completa de asistencia financiera y la constancia de ingresos. Se bloquearán las cuentas del garante mientras se determina la elegibilidad para recibir la asistencia financiera. La presentación de la solicitud completa no es garantía de que recibirá la asistencia financiera de alguna fuente.

Infórmenos si le han prestado servicios adicionales luego de haber presentado la solicitud, para que podamos determinar si estos califican para el descuento de asistencia financiera y si el garante tiene que llenar otra solicitud y suministrar la documentación de respaldo adicional necesaria.

Si tiene alguna pregunta que se relacione a la asistencia financiera de Children's, llámenos a través del (404) 785-5060, de lunes a viernes, entre las 8:30 a.m y las 4:00 p.m. La información también está disponible en línea en www.choa.org.

Puede enviar por correo electrónico la solicitud completada y la documentación de respaldo a:

financialassistanceapplications@choa.org

También puede enviarla por correo postal al Coordinador de Recursos Financieros:

Financial Resource Coordinator
Children's Healthcare of Atlanta
1575 Northeast Expressway
Atlanta, GA 30329

Solicitud de asistencia financiera

Número del garante	
--------------------	--

Nombre(s) del(os) paciente(s)	Fecha de nacimiento	Número de registro médico	Fecha del servicio más reciente

Garante

Cónyuge del garante

Título		
Nombre		
Dirección de domicilio		
Ciudad, Estado, Código postal		
Estado civil		
Número de teléfono de la casa		
Número de teléfono móvil		
Número de hijos		

Empleo

Empleador		
Dirección comercial del empleador		
Ciudad, Estado, Código postal del empleador		
Puesto o Cargo		
Número de teléfono del trabajo		
Antigüedad en la empresa		

Ingreso

Sueldos (<i>incluye salarios, bonos, propinas e ingresos de trabajo por cuenta propia</i>)				
--	--	--	--	--

Otros ingresos mensuales

Intereses, dividendos e ingresos por regalías		
Seguro Social, SSI		
Asignación por discapacidad		
Ingreso por renta		
Asignación por desempleo		
Manutención de los hijos		
Pensión alimenticia		
Asistencia pública		
Ingreso por jubilación, fideicomisos o pagos de pensión		
Otros		

Coberturas de seguro disponibles para pagos

Haga una lista de todos los planes de seguro médico que tienen disponibles los miembros de la familia

Plan de seguro	Miembro de la familia incluido	Identificación (ID) del seguro	ID del grupo

¿Alguno de los siguientes es una fuente de pago por los servicios de Children's Healthcare of Atlanta?

	Nombre del plan	No tengo ninguno
Planes de salud compartidos o prestaciones religiosas	_____	<input type="checkbox"/>
Seguros médicos a corto plazo	_____	<input type="checkbox"/>
Seguros médicos de responsabilidad limitada	_____	<input type="checkbox"/>

Consentimiento y acuerdo

Confirmando que la información que contiene esta solicitud es correcta y está completa y que le doy autorización a Children's Healthcare of Atlanta para verificarla. Entiendo que si Children's Healthcare of Atlanta descubre que cualquier parte de esta información está falseada intencionalmente, no seré elegible para recibir la asistencia financiera y seré responsable de los cargos pertinentes.

Entiendo que debo dar a conocer cualquier monto que haya recibido de cualquier seguro para pagar los servicios de Children's Healthcare of Atlanta, o cualquier otra cobertura relacionada a Children's Healthcare of Atlanta y que dichos montos pueden reducir los descuentos relacionados a los saldos pendientes. El incumplimiento de la obligación de divulgar esta información puede invalidar la elegibilidad para recibir descuentos por servicios anterior prestados o futuros que se puedan prestar.

Garante

Cónyuge del garante

Firma		
Fecha		

Ingreso máximo del hogar que califica para los descuentos de asistencia financiera de Children's

PeachCare for Kids		Descuentos de asistencia financiera de Children's en 2022		
Número de miembros de la familia	Niños menores de 19 años	100% de descuento	75% de descuento	50% de descuento
1	33,567	54,360	67,950	81,540
2	45,226	73,240	91,550	109,860
3	56,884	92,120	115,150	138,180
4	68,543	111,000	138,750	166,500
5	80,201	129,880	162,350	194,820
6	91,859	148,760	185,950	223,140
7	103,518	167,640	209,550	251,460
8	115,176	186,520	233,150	279,780
9	126,835	205,400	256,750	308,100
10	138,493	224,280	280,350	336,420