



## Solicitud de ayuda financiera

El Hospital de Niños Lucile Packard tienen una variedad de opciones disponibles para los pacientes que no tienen seguro médico o que no tienen cobertura completa. Nuestras opciones de ayuda financiera incluyen:

### No se necesita solicitud

- **Descuentos para quienes no tienen seguro médico** – *Algunos servicios podrían estar excluidos.*
- **Planes de pago sin intereses** – *Los saldos deben pagarse generalmente dentro de un periodo de 6 meses.*

### Se necesita solicitud

- **Descuentos por necesidad financiera** – *Descuentos a una tasa comparable a la de nuestros pagadores gubernamentales. Algunos servicios podrían estar excluidos.*
- **Ayuda financiera completa** - *100% de la parte que debe pagar el paciente. Algunos servicios podrían estar excluidos.*
- **Planes de pago extendidos sin intereses** – *Disponibles para los que reúnen los requisitos para los descuentos por necesidad financiera.*

Debe presentar una solicitud de ayuda financiera completa así como un comprobante de ingresos para que podamos considerar la posibilidad de otorgarle un descuento por necesidad financiera o ayuda financiera completa. Tras recibir su solicitud, podremos evaluar si reúne los requisitos para pertenecer a los programas del condado o el estado. Si esta evaluación determina que no tiene derecho a estos programas, estudiaremos su solicitud de ayuda financiera para decidir si puede recibir un descuento por necesidad financiera o ayuda financiera completa. Aquellos que reúnan los requisitos podrían recibir ayuda con las facturas del hospital por servicios prestados en el Hospital de Niños Lucile Packard y con facturas médicas por parte de médicos que trabajen para la Universidad de Stanford.

El descuento por necesidad financiera y la ayuda financiera completa no están disponibles para todos los servicios. La prestación para servicios futuros dependerá de la necesidad médica y de la posible existencia de gastos catastróficos.

A la hora de considerar la ayuda financiera, nuestra primera prioridad es ayudar a aquellos que han recibido servicios de emergencia. Luego, ayudar a los que han recibido o recibirán servicios no de emergencia, pero necesarios desde el punto de vista médico y que se incluyen en alguna de las siguientes categorías:

- A. Categoría 1: El Hospital de Niños Lucile Packard es el hospital más cercano al lugar de residencia o de trabajo del paciente.
- B. Categoría 2: El Hospital de Niños Lucile Packard no es el hospital más cercano al lugar de residencia o de trabajo del paciente pero uno o más de los siguientes factores se aplican o corresponden.

- (a) El paciente tiene una enfermedad única o inusual que requiere de tratamiento en El Hospital de Niños Lucile Packard (LPCH) según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de LPCH.
- (b) La atención del paciente promoverá la misión docente de las instituciones según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de LPCH.

### **Información importante que se requiere con la solicitud**

El hecho de no proveer la siguiente información obligatoria o una explicación de por qué esta información no está disponible podría retrasar el proceso de su solicitud y podría causar que se le niegue el recibir ayuda:

- **Comprobantes de ingresos:** Favor de proporcionar copias de los talones de pago más recientes de todo un mes y la última declaración de impuestos tanto para el solicitante como del co-solicitante.
- Indique si el paciente está solicitando un descuento por necesidad financiera o una ayuda financiera completa.
- Indique si el paciente está solicitando ayuda financiera para cubrir servicios pasados o futuros.
- Presente al paciente como solicitante y, si es pertinente, al cónyuge o compañero como co-solicitante. Si el paciente tiene menos de 18 años, presente al padre, madre o tutor como solicitante y co-solicitante, si es pertinente al caso.
- Si el paciente ha solicitado Medi-Cal u otro programa gubernamental, indique el estado de la solicitud o adjunte una copia de la denegación.
- Si el paciente tiene cobertura médica, suministre la información según aparece en su tarjeta de identificación.
- Si los servicios que el paciente recibe son el resultado de una lesión cubierta por el seguro de indemnización laboral (*Workers Compensation*), seguro de responsabilidad contra terceros (como en el caso de un accidente automovilístico) o de víctimas de un delito, suministre la información específica que se le pide en la solicitud.

Se hará todo lo posible para tramitar su solicitud con prontitud. Luego de que se revise su solicitud, usted recibirá una carta en la que se le confirmará el resultado. Las solicitudes llenas pueden enviarse por correo con la documentación de apoyo a la siguiente dirección:

Patient Financial Assistance  
Stanford Children's Health  
470 Bohannon Drive 2<sup>nd</sup> Floor MC 5582  
Menlo Park, CA 94025

También pueden enviarse por fax al (650) 497-8610 o Email [PFA@stanfordchildrens.org](mailto:PFA@stanfordchildrens.org)  
Muchas gracias por elegir al Lucile Packard Children's Hospital.



Lucile Packard  
Children's Hospital  
Stanford

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE*</b> - POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN CON LETRA DE MOLDE-			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico
Fecha de nacimiento			

\*Si el paciente es un menor, por favor incluya a los padres/tutores como solicitantes y co-solicitantes.

<b>2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (FIADOR)</b>		<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>		
		<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/ En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento	No. de dependientes (además de sí mismo y del co-solicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono de la casa	
		(   )		
Dirección (No escriba un apartado postal)		Ciudad	Estado	Código postal
Empleador actual		Dirección, ciudad, estado		Puesto

\* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

<b>3. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (FIADOR)</b>		<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>		
		<input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento	No. de dependientes (no incluya los mencionados por el solicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono de la casa	
		(   )		
Dirección (No escriba un apartado postal)		Ciudad	Estado	Código postal
Empleador actual		Dirección, ciudad, estado		Puesto

\* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

<b>4. PREGUNTAS SOBRE AYUDA FINANCIERA: -- (Todas las respuestas se refieren al paciente)</b>		<u>Marque la respuesta que corresponda</u>
1.	¿El paciente está solicitando ayuda para pagar facturas por servicios recibidos anteriormente en el Hospital de Niños Lucile Packard? De ser así, por favor indique la fecha del último servicio: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	¿El paciente está solicitando ayuda para pagar facturas por servicios actuales o futuros en el Hospital de Niños Lucile Packard? De ser así, por favor indique/describa el tipo de servicios previstos: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	¿El paciente está solicitando que se le realice un descuento en sus facturas del Hospital de Niños Lucile Packard?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	¿El paciente está solicitando una ayuda del 100% para pagar sus facturas por servicios recibidos en el Hospital de Niños Lucile Packard?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	¿El paciente tiene seguro médico? De ser así, por favor dénos la siguiente información: Nombre del seguro médico: _____ Nombre del suscriptor: _____ Número de identificación del miembro/paciente: _____ Número del grupo: _____ Nombre del grupo/empleador: _____ Fecha de vigencia: _____ Número de teléfono de la compañía de seguro médico: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.	¿El paciente reúne los requisitos para pertenecer a un programa de ayuda médica estatal? De ser así, por favor dénos la siguiente información: Nombre del programa: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	¿El paciente está siendo tratado por lesiones cubiertas por el seguro de indemnización laboral ( <i>Workers Compensation</i> )? De ser así, por favor dénos la siguiente información: Nombre de la compañía proveedora del seguro de indemnización laboral: _____ Nombre del agente de seguros: _____ Teléfono del agente: _____ Fecha de la lesión: _____ Número de reclamo/caso: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	¿El paciente está siendo tratado por lesiones cubiertas por el seguro de responsabilidad contra terceros, tales como una compañía de seguros de automóviles? De ser así, por favor dénos la siguiente información: Nombre de la compañía de seguros de automóviles o del abogado: _____ Teléfono de la compañía de seguros de automóviles o del abogado: _____ Fecha de la lesión: _____ Número de reclamo/caso: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9.	¿El paciente es víctima de un delito? De ser así, por favor dénos la siguiente información: Fecha de la lesión: _____ Nombre del asistente social: _____ Teléfono del asistente social: _____ Número del caso: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**5. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS** (Para documentar cualquier ingreso adicional use la página 4 de esta solicitud)

Fuentes de ingreso <u>mensual</u>	Solicitante	Co-solicitante	Ingreso mensual conjunto
Ingresos laborales	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$
Incapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención conyugal/de menores	\$	\$	\$
Alquileres	\$	\$	\$
Ingresos por concepto de inversiones	\$	\$	\$
Otra[s] use estos espacios	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos mensuales conjuntos</b>			\$
<b>DESEMPLEO:</b> Si no tiene ingresos mensuales, por favor explique cómo costea sus gastos mensuales:			

**6. BIENES** (Para documentar otros activos utilice la página 4 de esta solicitud)

<u>Inversiones en activos monetarios/Cuentas corrientes/de ahorro:</u>		<b>**** Anote todos los fondos disponibles.</b>	
Nombre del banco:	Sucursal/Dirección		Saldo actual
1.			\$
2.			\$
3.			\$

**7. CUADRO DE TAMAÑO FAMILIAR E INGRESOS**

**¡DETÉNGASE!**

**Compare su ingreso familiar mensual y el tamaño de su familia en el siguiente cuadro.**

- 1) Si su ingreso familiar mensual está por debajo del monto que se muestra para el número de integrantes de su familia, no llene la Sección 8 (Cálculo de gastos de subsistencia mensuales). Por favor continúe y llene las secciones 9 y 10.
- 2) Si su ingreso familiar mensual está por encima del monto que se muestra para el número de integrantes de su familia, debe llenar las secciones 8, 9 y 10.

Número de integrantes de la familia	Ingreso familiar mensual	Número de integrantes de la familia	Ingreso familiar mensual
<b>1</b>	<b>\$ 3,890.00</b>	<b>5</b>	<b>\$ 9,303.33</b>
<b>2</b>	<b>\$ 5,243.33</b>	<b>6</b>	<b>\$ 10,656.67</b>
<b>3</b>	<b>\$ 6,596.67</b>	<b>7</b>	<b>\$ 12,010.00</b>
<b>4</b>	<b>\$ 7,950.00</b>	<b>8</b>	<b>\$ 13,363.33</b>

**8. CÁLCULO DE GASTOS DE SUBSISTENCIA MENSUALES (Para documentar otros gastos de subsistencia mensuales use la Sección 9)**

<u>Gastos mensuales</u>	<u>Pago mensual</u>	<u>Gastos mensuales</u>	<u>Pago mensual</u>
Pago de la vivienda/hipoteca	\$	Facturas actuales pendientes de pago por servicios médicos, dentales o recetas	\$
Impuestos a la propiedad (si no se incluyeron en el pago de la hipoteca)	\$	Pago(s) mensual(es) total(es) del automóvil	\$
Seguro para propietarios de viviendas (si no se incluyó en el pago de la hipoteca)	\$	Seguro de automóviles	\$
Servicios públicos (electricidad, gas, agua, basura, reciclaje, etc.)	\$	Gasolina para automóviles	\$
Comida	\$	Gravámenes/Embargos de sueldo	\$
Teléfono (línea de la casa o celular)	\$	<u>Enumere otros pagos mensuales</u>	\$
Manutención de menores	\$		\$
Manutención conyugal/Pensión alimenticia	\$		\$
Cuidado infantil	\$		\$
Tarjetas de crédito	\$		\$
Primas de seguros médicos	\$	<b>Total de pagos mensuales</b>	\$

**9. INFORMACIÓN ADICIONAL Y COMENTARIOS:**

**COMENTARIOS ADICIONALES – SI NECESITA MÁS ESPACIO, POR FAVOR UTILICE EL REVERSO DE ESTA HOJA**

**10. FIRMA**

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo al Hospital de Niños Lucile Packard para que solicite un informe de investigación de crédito o verifique la información suministrada en esta solicitud, según se considere necesario.

<b>Solicitante</b>	<b>Fecha</b>	<b>Co-solicitante</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____	_____	_____

**Regrese la solicitud llena a:** **Patient Financial Assistance  
Stanford Children’s Health  
4700 Bohannon Drive 2<sup>nd</sup> Floor MC 5582  
Menlo Park, CA 94025**