

Children's Cardiology: Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera



Envíe la solicitud dentro de un plazo de treinta (30) días.

Para solicitar un descuento en los servicios médicos que su hijo recibió en Children's Healthcare of Atlanta Cardiology (Children's Cardiology), por favor proporcione toda la información que se solicita a continuación. Si no recibimos una Solicitud de Asistencia Financiera debidamente completada, junto con todos los comprobantes de ingresos de todos los miembros del hogar, no podremos otorgar ningún tipo de descuento por asistencia financiera y la solicitud será cerrada. Si tiene alguna pregunta con respecto a la asistencia financiera de Children's Cardiology, llámenos al (770) 488-9204, extensión 8008, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m.

Comprobantes de ingresos

Documentación requerida para comprobar salarios o sueldos. Se requiere lo siguiente:

- Los dos (2) últimos recibos de pago de todos los miembros del hogar que estén empleados. Por ejemplo, cuatro (4) recibos de pago si ambos padres trabajan. Si trabaja por cuenta propia, deberá presentar un estado de resultados.

Y

- El formulario 1040 de declaración federal de impuestos más reciente para todo el grupo familiar.

Documentación requerida para comprobar la falta de empleo

Una carta de apoyo económico firmada por la persona que mantiene al grupo familiar. Ejemplo de una carta de apoyo económico de la persona que mantiene a su grupo familiar:

Yo, (nombre en letra de imprenta de la persona que mantiene al grupo familiar), soy el/la (relación/parentesco en el grupo familiar) de (nombres de las personas que viven en el hogar y a quienes mantiene económicamente).

Desde (fecha) hasta (fecha)

En este periodo, proporcioné alimentación, vivienda y necesidades básicas. Entiendo que de ninguna manera soy responsable de sus facturas médicas. No dude en comunicarse conmigo si tiene alguna pregunta.

(Firma de la persona que mantiene económicamente a su grupo familiar) (Fecha de la firma)

(Número de teléfono de la persona que mantiene económicamente al grupo familiar)

Children's Cardiology: Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Envíe la solicitud dentro de un plazo de treinta (30) días.

Documentación para comprobar empleo sin recibos de pago

Una carta de verificación de empleo por parte de su empleador si no le proporcionan recibos de pago. Ejemplo de una carta de verificación de empleo por parte del empleador que no proporciona recibos de pago.

Nombre de la empresa

Dirección de la empresa

Núm. de teléfono de la empresa

Nombre del hogar

Dirección del hogar

Núm. de teléfono del hogar

A quien corresponda:

Por medio de la presente deseamos informar la situación laboral de (nombre del hogar). Su trabajo es (descripción del trabajo) y su ingreso promedio es de (monto de pago) cada (frecuencia con que recibe su pago).

(Firma del empleador) (Fecha de la firma)

Children's Cardiology: Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (Escriba en letra de molde)

Envíe la solicitud dentro de un plazo de treinta (30) días.

Números de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Masculino____ Femenino____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del paciente _____ Fechas de servicio: _____

Información del solicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de años que ha vivido en esta dirección: _____

Estado civil: Casado/a ___ Divorciado/a ___ Soltero/a ___ Separado/a ___

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Número de años de trabajo con este empleador: _____

Puesto/cargo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información del cónyuge o del solicitante conjunto

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de años que vivido en esta dirección: _____

Estado civil: Casado/a ___ Divorciado/a ___ Soltero/a ___ Separado/a ___

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Número de años de trabajo con este empleador: _____

Puesto/cargo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Solicitante		Cónyuge o solicitante conjunto	
Sueldo por hora	\$	Sueldo por hora	\$
Horas por semana	\$	Horas por semana	\$
Seguro Social por mes	\$	Seguro Social por mes	\$
Subsidio de discapacidad por mes	\$	Subsidio de discapacidad por mes	\$
Ingresos netos por alquileres	\$	Ingresos netos por alquileres	\$
Subsidio de desempleo por mes	\$	Subsidio de desempleo por mes	\$
Manutención de menores por mes	\$	Manutención de menores por mes	\$
Pensión alimenticia por mes	\$	Pensión alimenticia por mes	\$
Asistencia pública	\$	Asistencia pública	\$
Otros	\$	Otros	\$
Total mensual	\$	Total mensual	\$

Si está casado/a, debe incluir la información del cónyuge en la solicitud.

Gastos mensuales de subsistencia

Pago de hipoteca de vivienda	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Pago de alquileres	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Servicios básicos	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Automóvil	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Préstamos	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Tarjetas de crédito	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Seguro	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Médico	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Hospital	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Otros	\$	Saldo pendiente de pago	\$
Total	\$	Total	\$

Si no tiene ingresos registrados, explique cómo paga sus gastos de alimentación y vivienda:

Consentimiento y acuerdo

Confirmo que la información que proporcioné en esta solicitud es correcta y está completa, y que autorizo a Children's Cardiology a que realice una doble verificación de la exactitud de la información. Entiendo que si Children's Cardiology determina que esta información es intencionalmente falsa, no seré elegible para recibir asistencia financiera y seré responsable de pagar todos los cargos.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge o solicitante conjunto: _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud a Children's Cardiology por fax al 404-256-8927.

Si no le es posible enviar la solicitud por fax, puede enviarla por correo postal o por correo electrónico.

Dirección: 2970 Bradywine Road, Suite 125, Atlanta, Georgia 30341 Attn: Financial Counseling

Correo electrónico: financialcounseling@kidsheart.com

TASAS DE DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Ingreso del hogar como porcentaje de los niveles federales de pobreza (FPL)	Descuento de asistencia financiera
0 a 400%	100%
401% a 500%	75%
501% a 600%	50%

El ingreso del hogar como porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL) corriente, basado en las guías de 2025 de la Oficina del Censo de EE. UU.:

		Criterios		
		400% FPL	500% FPL	600% FPL
Family Size	100% 2026 FPL	100% Discount	75% Discount	50% Discount
1	\$ 15,960	\$ 63,840	\$ 79,800	\$ 95,760
2	\$ 21,640	\$ 86,560	\$ 108,200	\$ 129,840
3	\$ 27,320	\$ 109,280	\$ 136,600	\$ 163,920
4	\$ 33,000	\$ 132,000	\$ 165,000	\$ 198,000
5	\$ 38,680	\$ 154,720	\$ 193,400	\$ 232,080
6	\$ 44,360	\$ 177,440	\$ 221,800	\$ 266,160
7	\$ 50,040	\$ 200,160	\$ 250,200	\$ 300,240
8	\$ 55,720	\$ 222,880	\$ 278,600	\$ 334,320

Envíe su solicitud a Children's Cardiology por fax al 404-256-8927.

Si no le es posible enviar la solicitud por fax, puede enviarla por correo postal o por correo electrónico.

Dirección: 2970 Brandywine Road, Suite 125, Atlanta, Georgia 30341 Attn: Financial Counseling

Correo electrónico: financialcounseling@kidsheart.com