

## 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) 785-5515, 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](http://www.choa.org).

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

[financialassistanceapplications@choa.org](mailto: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, fideicomiso 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 \_\_\_\_\_

Seguros médicos a corto plazo \_\_\_\_\_

Seguros médicos de responsabilidad limitada \_\_\_\_\_

### 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

Peach Care for Kids		Descuentos de asistencia financiera de Children's en 2023		
Número de miembros de la familia	Niños menores de 19 años	100% de descuento	75% de descuento	50% de descuento
1	36,013	58,320	72,900	87,480
2	48,708	78,880	98,600	118,320
3	61,404	99,440	124,300	149,160
4	74,100	120,000	150,000	180,000
5	86,796	140,560	175,700	210,840
6	99,492	161,120	201,400	241,680
7	112,187	181,680	227,100	272,520
8	124,883	202,240	252,800	303,360
9	130,023	222,800	278,500	334,200
10	135,163	243,360	304,200	365,040