

Solicitud de ayuda económica

Children's Healthcare of Atlanta ofrece ayuda económica para ayudar a los garantes a pagar las facturas médicas de Children's. Para solicitar un descuento en los servicios médicos debe presentar toda la información solicitada. El servicio proporcionado al paciente debe ser considerado medicamente necesario, y **el garante debe tener un saldo de al menos \$500** después de recibir todos los pagos previstos por parte de terceros para poder solicitar la ayuda económica de Children's. Si no recibimos la solicitud de ayuda económica completa y la totalidad de los comprobantes de ingresos de todos los miembros del hogar, no podremos ofrecer ningún tipo de descuento de ayuda económica y la solicitud se dará por concluida.

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). Certifico que han residido en el siguiente domicilio:

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)

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)

Solicitud de ayuda económica

Elegibilidad para recibir ayuda económica

Se espera que los pacientes y garantes que cumplan con los criterios de selección para cualquiera de los programas que se enumeran a continuación cumplan con el proceso de solicitud apropiado para recibir ayuda económica.

Estos programas incluyen:

- Medicaid (como los programas Emergency Medicaid, Medically Needy y Katie Beckett)
- PeachCare for Kids
- Medicare
- Planes de seguro médico colectivos
- Continuidad de cobertura de seguro de salud (COBRA)
- Programa de pago de primas de seguro médico de Medicaid de Georgia (HIPPI/CHIPRA), o
- Planes de seguro médico individuales, incluyendo aquellos disponibles en Healthare.gov, Mercado de seguros médicos.

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 de forma activa y no está recibiendo ayuda de otro estado.

La elegibilidad para recibir ayuda económica se determinará dentro de los 90 días posteriores a la recepción de la solicitud de ayuda económica y del comprobante de ingresos. Las cuentas del garante se suspenderán temporariamente mientras se determina la elegibilidad para la ayuda económica. Completar la solicitud no garantiza la obtención de ayuda económica de ninguna fuente.

Si recibe otros servicios médicos después de presentar su solicitud, notifíquenos para que podamos determinar si estos califican para el descuento de ayuda económica y si el garante debe llenar otra solicitud y proporcionar documentación de respaldo adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda económica de Children's, llámenos al 404-785-5515, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4 p.m. La información también está disponible en www.choa.org.

Envíe la solicitud de ayuda económica y la documentación de respaldo a la siguiente dirección de correo electrónico:

financialassistanceapplications@choa.org

También puede enviar la solicitud completa por correo postal a:
Financial Resource Coordinator (Coordinador de recursos económicos)
Children's Healthcare of Atlanta
1575 Northeast Expressway
Atlanta, GA 30329

Solicitud de ayuda económica



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

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Núm. de historia clínica	Fecha del servicio más reciente

Solicitante

Cónyuge del solicitante/Solicitante conjunto

Título de cortesía		
Nombre		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código postal		
Estado civil		
Núm. de teléfono de la casa		
Núm. de teléfono móvil		
Cantidad de hijos		

Empleo

Empleador		
Dirección del empleador		
Ciudad, Estado, Código postal del empleador		
Puesto o cargo		
Núm. de teléfono comercial		
Años de antigüedad con el empleador		

Ingresos

Frecuencia

Frecuencia

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

La frecuencia puede ser anual, mensual, quincenal, semanal o por hora.

Otros ingresos mensuales

Intereses, dividendos e ingresos por regalías		
Seguro Social, SSI		
Asignación por discapacidad		
Ingreso por alquiler		
Subsidio por desempleo		
Manutención de los hijos		
Manutención del cónyuge		
Ayuda estatal		
Ingresos por jubilación, fideicomisos o pagos de pensión		
Otros		

Coberturas de salud 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 familiar inscrito	Identificación (ID) del seguro	Identificación (ID) del grupo

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

	Nombre del plan	No tengo
Planes de salud compartidos/ministerios	_____	
Seguro médico a corto plazo	_____	
Seguro médico de responsabilidad limitada	_____	

En estos casos, Children's no presenta una reclamación por los cargos incurridos, y los garantes podrán reunir los requisitos para recibir descuentos de ayuda económica sobre el saldo pendiente.

Si Children's proporciona un formulario de reclamación estándar u otra documentación para respaldar una posible reclamación en nombre del paciente, no se otorgará un descuento de ayuda económica hasta que el garante haya proporcionado a Children's la documentación del monto pagado o la denegación por parte de la entidad que brinda la cobertura de salud.

Los descuentos de ayuda económica se aplicarán al saldo pendiente después de aplicar los montos pagados por cualquier cobertura médica de salud fuera de la red y no estándar.

Consentimiento y acuerdo

Confirmando que la información que contiene esta solicitud es correcta y está completa y autorizo a Children's Healthcare of Atlanta a que la verifique. Entiendo que, si Children's Healthcare of Atlanta descubre que parte de esta información es intencionalmente falsa, no seré elegible para recibir la ayuda económica y seré responsable de todos los cargos.

Entiendo que debo divulgar cualquier pago recibido por los servicios de Children's Healthcare of Atlanta de seguros de salud u otras coberturas a Children's Healthcare of Atlanta, y que esos pagos pueden reducir los descuentos de los saldos pendientes. No proporcionar esta información de pago podría anular la elegibilidad para descuentos en servicios proporcionados, tanto pasados como futuros.

	Solicitante	Cónyuge del Solicitante/Solicitante conjunto
Firma		
Fecha		

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.:

		2025 Children's Financial Assistance Criteria		
		400% FPL	500% FPL	600% FPL
Family Size	100% 2025 FPL	100% Discount	75% Discount	50% Discount
1	\$ 15,650	\$ 62,600	\$ 78,250	\$ 93,900
2	\$ 21,150	\$ 84,600	\$ 105,750	\$ 126,900
3	\$ 26,650	\$ 106,600	\$ 133,250	\$ 159,900
4	\$ 32,150	\$ 128,600	\$ 160,750	\$ 192,900
5	\$ 37,650	\$ 150,600	\$ 188,250	\$ 225,900
6	\$ 43,150	\$ 172,600	\$ 215,750	\$ 258,900
7	\$ 48,650	\$ 194,600	\$ 243,250	\$ 291,900
8	\$ 54,150	\$ 216,600	\$ 270,750	\$ 324,900