



Children's Mercy

# Solicitud de Ayuda Financiera de Children's Mercy (Página 1 de 5)

8241-072 (03/18)

### Algunos puntos claves para que cumpla con los requisitos para recibir ayuda financiera son:

1. Deberá ser residente del estado de Kansas o Missouri.
2. Deberá tener un ingreso familiar (ajustado de acuerdo al tamaño de la familia) menor o igual a 300% de las guías de Pobreza Federal.
3. Deberá haber usado todos sus recursos que provengan de otros programas (incluyendo Medicaid).
4. El completar una solicitud no significa que recibirá un descuento.

### Usted necesitará:

- Completar esta solicitud y entregársela a un Consejero Financiero, junto con otros documentos mencionados en la lista de verificación en la página 2.
- Podría tomar hasta 3 semanas para que su solicitud sea procesada.

\*Para hablar sobre acuerdos de pago, por favor comuníquese con los Servicios Financieros del Paciente al 816-701-5100 o al número gratuito 866-572-0157\*

<b>Enviar por CORREO la solicitud completa a:</b>	Children's Mercy Hospital Attn: Financial Counseling Department 2401 Gillham Rd Kansas City, MO 64108
---	--

**FAX: (816)302-9907** Para enviarlo por fax, utilice esta página como su portada y escriba:

\_\_\_\_\_ Su nombre

\_\_\_\_\_ Su número de teléfono

\_\_\_\_\_ Número de páginas

### Debe incluir los siguientes documentos para que procesemos su solicitud:

- Identificación con foto** de la Parte Responsable (licencia de conducir o identificación del estado).
- Verificación de residencia** con dirección actual (factura reciente de servicios públicos, identificación del estado, declaraciones de impuestos, talonario de recibos de pago).
- Declaración de Impuestos más reciente.**
- Copia de los talonarios de pago de los últimos 3 meses** o una declaración de salarios en una carta membretada de la empresa, firmada por su empleador(es).
- Para las familias que no tengan ingresos, una declaración firmada y con fecha de la persona que brinda alimento y albergue.
- Para las personas que no sean ciudadanos estadounidenses, documentos de identificación (acta de nacimiento, visa, tarjeta de residencia permanente).
- Documentación de cualquier otra forma de ingreso que no esté en la declaración de Impuestos actual.

Si tiene preguntas o necesita información:

- Correo electrónico: [admfc@cmh.edu](mailto:admfc@cmh.edu)
- Teléfono: 816-234-3567
- Encuentre más información en internet <http://www.childrensmercy.org/financialcounseling/> O
- Visite a un Consejero Financiero en una de nuestros establecimientos (de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.):

**Children's Mercy, Adele Hall Campus**  
2401 Gillham Rd, Kansas City, MO 64108

**Children's Mercy Hospital Kansas**  
5808 W 110th, Overland Park, KS 66211

**Children's Mercy Clinics on Broadway**  
3101 Broadway Blvd, Kansas City, MO 64111

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                             mes      día      año

**PARTE RESPONSABLE:**

La “**Parte Responsable**” es el paciente o el tutor legal del paciente que es económicamente responsable por los servicios brindados por Children's Mercy.

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Número de Seguro Social
Relación con el paciente	Dirección de casa	Ciudad	Estado      Código postal
(____) _____ Teléfono principal	(____) _____ Teléfono secundario	Empleador	
Ocupación	Años de trabajo	____/____/____ Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> ¿Padrastró?

**OTRA PARTE RESPONSABLE EN CASA (si corresponde):**

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> ¿Padrastró?
Empleador	Ocupación	Años de trabajo	____/____/____ Fecha de nacimiento	

**POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN CASA (incluyendo la(s) Parte Responsable(s))**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	Nombre del Plan de Seguro:	¿Es ciudadano estadounidense? Sí/No
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			



Solicitud de Ayuda Financiera de Children's Mercy (Página 3 de 5)

INGRESO FAMILIAR:

El "Ingreso familiar" son ingresos económicos de la(s) Parte(s) Responsable(s) y todos los individuos que viven en la casa tal como se establece en la declaración de impuesto federal de la Parte Responsable.

Table with 3 columns: Elemento, Cantidad mensual, ¿A quién le pertenece? Rows include Salario y sueldos, Compensación por desempleo, Seguro Social y/o Seguridad de Ingreso Suplementario, etc.

BIENES FAMILIARES:

Los "Bienes Familiares" incluyen información de los fondos disponibles de fácil acceso de la Parte Responsable y todos los individuos que viven en la casa, tal como se establece en la declaración de impuesto federal de la Parte Responsable. Se excluyen bienes como fondos de jubilación, tierras, inmuebles y vehículos, y no deberían notificarse a continuación.

Table with 2 columns: Elemento, Saldo actual. Rows include Cuenta bancaria, Cuenta de ahorros, Acciones y/o Bonos, Suma de pago global, Otros bienes.

OTRAS CONSIDERACIONES:

¿Ha solicitado tener Medicaid? SÍ/NO Fecha que lo solicitó: Resultado:

¿El tratamiento en el hospital fue debido a un accidente (auto, relacionado al trabajo, víctima de delito)? SÍ/NO

**EXPLICACIÓN, PEDIDO E INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA PARTE RESPONSABLE:**

Por favor, utilice esta sección para explicar cualquier circunstancia que haga que los pagos de su responsabilidad financiera sean un problema financiero. También, brinde cualquier otra información que sea de importancia al revisar su pedido de ayuda. También puede adjuntar documentos adicionales que sirvan de apoyo a su solicitud.


Si he sido aprobado para recibir ayuda financiera, el hospital Children's Mercy se reserva el derecho de revertir este descuento si cualquier tercer pagador o portador paga mi(s) cuenta(s) parcialmente o en su totalidad. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Hospital, dentro de 30 días, acerca de cualquier cambio en el Ingreso Familiar u otros factores que podrían impactar el cumplimiento de los requisitos para recibir ayuda financiera del Hospital. Certifico que la información dada en esta aplicación y cualquier documento de apoyo es certera y completa según mis capacidades. Si el Hospital se entera de cualquier malinterpretación, entiendo que cualquier descuento recibido será revertido y que seré responsable de cualquier saldo(s) restante(s). Autorizo al Hospital a que investigue la información cuando revise mi solicitud de ayuda financiera y autorice la divulgación de cualquier información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente/Padre/Tutor legal                      Relación                      Fecha

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente/Padre/Tutor legal                      Relación                      Fecha

**OFFICE USE ONLY**

Percent of FPL: \_\_\_\_\_                      Approved/Denied: \_\_\_\_\_                      Date: \_\_\_\_\_

Financial Counselor: Printed Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

El hospital Children's Mercy en cumplimiento con las leyes de derechos civiles federales no discrimina en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. El hospital Children's Mercy no excluye a personas o los trata diferente debido a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

El hospital Children's Mercy:

- Brinda servicios y ayuda gratuita a las personas con discapacidades para que se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Brinda servicios de interpretación gratis a las personas que no tienen el inglés como idioma principal, por ejemplo:
  - Intérpretes médicos calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios de Interpretación del hospital Children's Mercy al 816-234-3474.

Si ha indicado que necesita los servicios de un intérprete cuando programe una su cita, se coordinarán los servicios de un intérprete para usted con anticipación. Sin embargo, si necesita los servicios de interpretación en otro momento, por favor comuníquese con el hospital Children's Mercy al número que aparece arriba.

Si cree que el hospital Children's Mercy no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna forma en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Departamento de Representante del Paciente  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
Teléfono: 816-234-3119  
Fax: 816-460-1091  
Correo electrónico: [patientadvocate@cmh.edu](mailto:patientadvocate@cmh.edu)

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Representante del Paciente está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>