



Nombre(s) del Paciente:			Fecha de Nacimiento		
Dirección/Teléfono del Garante:	Calle	Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono	

Miembros del hogar/información de ingresos – por favor, vea el lado reverso para consejos sobre cómo completar la aplicación, verificación de ingresos y la sección de ciudadanía.

Garante	Nombre	Número de seguridad social	Relación con el Paciente		Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Nombre del Empleador	Ingreso Mensuales Bruto	Cantidad de otros Ingresos Mensuales Brutos		Fuente de otros Ingresos	
Otro Padre	Nombre	Número de seguridad social	Relación con el Garante		Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Nombre del Empleador	Ingreso Mensuales Bruto	Cantidad de otros Ingresos Mensuales Totales		Fuente de otros Ingresos	
Niño 1	Nombre	Número de seguridad social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Garante	Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Total de Ingresos Mensuales		Fuente de Ingresos			
Niño 2	Nombre	Número de seguridad social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Garante	Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Total de Ingresos Mensuales		Fuente			
Niño 3	Nombre	Número de seguridad social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Garante	Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Total de Ingresos Mensuales		Fuente de Ingresos			
Niño 4	Nombre	Número de seguridad social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Garante	Liste TODA Seguranza, Medicaid u otras pólizas	Circule Uno: Ciudadano de USA Residente Permanente Otro:
	Total de Ingresos Mensuales		Fuente de Ingresos			

Si hay miembros de la familia adicionales, por favor inclúyalos en un papel aparte.

Firma Requerida:

Certifico que lo escrito arriba es verdad y correcto a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta aplicación se hace para que el hospital determine si soy elegible para asistencia financiera. Si alguna información de la que he dado resulta ser incierta o incompleta, entiendo que el hospital puede re instar cualquier balance descontado por error. Mi/nuestra firma(s) en este formulario da permiso para verificar esta información, incluyendo permiso para contactar con jefes y revisar mi/nuestro historial de crédito.

Firma del Garante _____ Firma de la otra persona con ingresos _____



Consejos para completar esta aplicación y proveer verificación de ingresos.

Arkansas Children's (AC) ofrece un programa de asistencia financiera y descuentos basados en necesidad para pacientes que no son elegibles para otros programas de asistencia. Si se determina que existe elegibilidad para otros programas, se requerirá su cooperación para completar y entregar toda la documentación necesaria para determinar elegibilidad. Todos los servicios para residentes de Arkansas, que sean medicamente necesarios, son elegibles para descuentos de asistencia financiera. Los servicios cosméticos no son elegibles. Para el no-residente, solo son elegibles los servicios de emergencias. Los servicios para pacientes internacionales no son elegibles bajo esta política. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta aplicación, por favor llame a la Oficina de Admisiones al 501-364-1230 o gratis al 1-800-280-1230. Por favor, regrese el formulario y toda la información requerida a Arkansas Children's, P.O. Box 34114 –Slot 100, Little Rock, AR 72203. Una copia completa de la Asistencia Financiera y Descuento Basado en Necesidad se puede encontrar en la página web de AC: www.archildrens.org

LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS ES REQUERIDA: Se requiere la verificación de todas las fuentes de ingresos para procesar su aplicación. Por favor incluya para usted o para los dos lo siguiente (si incluye para dos, los ingresos más bajos serán usados para determinar el porcentaje de descuento):

- (1) Verificación de ingresos para el último mes, incluyendo todo lo relacionado: talones de cheques de su empleador, o una carta de su empleador declarando las cantidades brutas que le han pagado, carta de Beneficios de Seguridad Social, carta de Beneficios de Veteranos, verificación de ayuda de desempleo, etc. y/o,
- (2) La declaración federal de impuestos del garante, incluyendo todos los formularios.

TRABAJADOR AUTÓNOMO: Si usted es un trabajador autónomo, se le requerir entregar su declaración federal de impuestos, incluyendo los formularios que completaron.

SI NO HAY INGRESOS EN CASA: Si no hay ingresos en casa y residen con un amigo o familiar, deben entregar una declaración completada y firmada por el amigo o familiar con el cual residen. Si le dan contribuciones monetarias, estas deben ser incluidas en la declaración, incluyendo la cantidad que le dan y la frecuencia. Si usted es un dependiente en la declaración de impuestos de esa persona, deben entregar una copia de esa declaración de impuestos.

PACIENTES ADULTOS VIVIENDO CON PADRES: Si tiene 19 años o más de edad, y vive con sus padres, los padres TIENEN que entregar una copia de su declaración federal de impuestos para verificar que le han anotado como dependiente. Si es así, utilizaremos los ingresos de los padres para determinar la cantidad del descuento.

NOTAS SOBRE COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

Sección del Garante y Otro Padre:

Ingresos Mensuales Brutos: incluye salario de su empleador.

Cantidad de otros ingresos mensuales brutos: incluye beneficios de Seguridad Social, Beneficios de Veteranos, y desempleo.

Sección de Niños:

Ingresos Mensuales Totales: por ejemplo; Beneficios de Seguridad Social, ingresos del empleador del niño (se excluye la paga de mantención de niños)

Sección de Ciudadanía:

Esta información solo se usa para determinar la posible elegibilidad para otros programas de asistencia (como Medicaid).

Ciudadano de EEUU (o Nacional de EEUU): incluye a personas nacidas en los Estado Unidos, Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes, Samoa Americana, las Islas Marianas del Norte, y las Islas Swain.

Residente Permanente: incluye a personas que han obtenido un tarjeta de Residente Permanente o quienes han aplicado para la residencia permanente. **POR FAVOR, ENTREGUEN UNA COPIA DE LA TARJETA O DE LOS DOCUMENTOS/CARTA DE APLICACIÓN.**

Otro: Esto incluye a cualquiera que no esté en las primeras dos categorías. Si usted tiene una Visa u otro documento legal, por favor entregue una copia, puesto que esto ayudara a determinar asistencia posible a través de otros programas.