

Programa pediátrico de control de peso de Packard

Asistencia económica

Las familias que soliciten asistencia económica deberán completar la solicitud de asistencia económica y presentarla, acompañada de los comprobantes de los ingresos, al Departamento de servicios económicos para el paciente (*Patient Financial Advocacy Department*). **Los comprobantes de ingresos pueden consistir en dos talones de pago (nóminas del salario) recientes de cada uno de los padres o tutores legales y la última declaración de impuestos que haya presentado la familia.**

El Programa pediátrico de control de peso de Packard dispone de una cantidad limitada de asistencia económica, completa o parcial.

- **Asistencia económica parcial:** a las familias que reúnan los requisitos para recibir esta asistencia se les exigirá que paguen en su totalidad una parte reducida del costo antes de empezar el programa.
- **Asistencia económica completa:** a las familias que reúnan los requisitos para recibir esta asistencia se les exigirá que paguen una cantidad en depósito antes de la primera sesión. Dicho depósito les será devuelto una vez que se demuestre que la familia asiste con regularidad y completa toda la serie de sesiones de terapia.

Cuando rellene la solicitud de asistencia económica, complete toda la información a su leal saber y entender. Si hay datos que no le sea posible proporcionar, explique los

motivos en el espacio de la solicitud reservado a los comentarios.

Debe incluir con su solicitud la información que se detalla abajo. De no incluir la información, o bien una explicación de por qué no puede incluirla, se podría retrasar el trámite de su solicitud, e incluso podría denegarse la asistencia económica como consecuencia.

- Presente copias de los dos talones de pago (nóminas del salario) más recientes y de la declaración de impuestos del año pasado, tanto del solicitante principal como del solicitante secundario (cosolicitante).
- Presente copias de los estados o extractos de todas sus cuentas bancarias.

Se hará todo lo posible por tramitar su solicitud sin demora.

Una vez cumplimentada la solicitud, y acompañada de la documentación requerida, puede enviarla por correo postal o fax a la siguiente dirección:

Stanford Medicine Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr.
Menlo Park, CA 94025
Asistencia económica: (650) 736-2273
Fax: (650) 497-8610

Solicitud de asistencia económica | Programa pediátrico de control de peso de Packard

POR FAVOR, ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE MOLDE

Fecha de la solicitud: _____

1. Datos del menor *			
Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

2. Datos del solicitante principal (padre, madre o tutor legal)				
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Otra		Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado o en pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido(s)	Nombre	Segundo nombre	Número de la seguridad social	
Fecha de nacimiento	Número de personas dependientes	Edades de las personas dependientes		Teléfono de la casa
Domicilio: calle	Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual	Dirección (calle, ciudad, estado)			Puesto de trabajo
*Si no trabaja en la actualidad, ¿cuánto tiempo lleva sin empleo?				

3. Datos del solicitante secundario o cosolicitante: padre, madre o tutor legal, si vive en la misma casa				
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Otra				
Apellido(s)	Nombre	Segundo nombre	Número de la seguridad social	
Fecha de nacimiento	Número de personas dependientes	Edades de las personas dependientes		Teléfono de la casa
Domicilio: calle	Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual	Dirección (calle, ciudad, estado)			Puesto de trabajo
*Si no trabaja en la actualidad, ¿cuánto tiempo lleva sin empleo?				

Solicitud de asistencia económica | Programa pediátrico de control de peso de Packard

4. Datos de los ingresos (se exige comprobante)			
Procedencia de los ingresos mensuales	Solicitante principal (padre, madre o tutor legal)	Solicitante secundario o cosolicitante (padre, madre o tutor legal)	Ingresos mensuales combinados
Salario	\$	\$	\$
Seguridad social	\$	\$	\$
Subsidio de discapacidad	\$	\$	\$
Subsidio de desempleo	\$	\$	\$
Manutención/pensión alimenticia del cónyuge o de los hijos	\$	\$	\$
Alquiler de propiedad	\$	\$	\$
Inversiones	\$	\$	\$
Otro(s): utilice los siguientes espacios.	\$	\$	\$
Total de ingresos mensuales combinados			\$
Situación de desempleo: Si no tiene ingresos mensuales, explique por favor cómo cubre sus gastos mensuales:			

Solicitud de asistencia económica | Programa pediátrico de control de peso de Packard

5. Estimación de gastos básicos mensuales			
Gastos mensuales	Pago mensual	Gastos mensuales	Pago mensual
Vivienda/Hipoteca	\$	Facturas pendientes en la actualidad por servicios médicos, dentales o de medicamentos	\$
Impuesto a la propiedad (si no está incluido en el pago de la hipoteca)	\$	Total mensual de pago(s) de automóvil	\$
Seguro de la propiedad (si no está incluido en el pago de la hipoteca)	\$	Seguro de automóvil	\$
Gastos de servicios públicos (electricidad, gas, agua, recogida de basura, reciclaje, etc.)	\$	Gasolina para el automóvil	\$
Comida	\$	Gravámenes/Embargo salarial	\$
Teléfono (línea fija y celular)	\$	Detalle otros pagos mensuales	\$
Manutención/pensión alimenticia de los hijos	\$		\$
Manutención/pensión alimenticia del cónyuge	\$		\$
Servicios de cuidado de niños	\$		\$
Tarjetas de crédito	\$		\$
Primas del seguro de salud	\$	Total de pagos mensuales	\$

6. Comentarios adicionales (si necesita más espacio, utilice por favor el reverso de esta página).

Solicitud de asistencia económica | Programa pediátrico de control de peso de Packard

7. Firma			
<p>Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y está completa, y autorizo a Lucile Packard Children's Hospital a pedir una revisión de mis antecedentes crediticios o a verificar lo que considere necesario de la información anterior.</p>			
Firma del solicitante principal (padre, madre o tutor legal)	Fecha	Firma del solicitante secundario o cosolicitante (padre, madre o tutor legal)	Fecha
_____	_____	_____	_____

8. Recordatorio importante
<p>Incluya por favor comprobantes de los ingresos: 2 talones recientes de pago (nóminas de salario) de cada uno de los solicitantes, además de la última declaración de impuestos que presentó. Si no le es posible incluir algún comprobante de los ingresos, explique por favor los motivos en la casilla de comentarios de arriba.</p>

Una vez cumplimentada la solicitud, envíela por correo postal a:

Stanford Medicine Children's Health
Patient Financial Assistance
 4700 Bohannon Dr.
 Menlo Park, CA 94025

O por correo electrónico a:

PFA@stanfordchildrens.org

O por fax a:

Fax: (650) 497-8610