



Estimado padre o madre/tutor:

Gracias por elegir Children's Specialized Hospital para atender las necesidades de sus hijos. Adjunta encontrará la solicitud para el Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital (Children's Specialized Hospital Benefit Fund, CSHBF). Para ser considerado, debe proporcionar constancia de ser un ciudadano permanente de los EE. UU. o un extranjero legal con residencia permanente en el estado de Nueva Jersey. La aprobación y el monto de la asistencia que usted podría recibir dependerán de la solicitud completa, la cual debe incluir la información sobre los ingresos del hogar y sobre sus bienes. Toda la información que brinde debe coincidir con las fechas de los servicios que está solicitando.

Nos gustaría extender esta solicitud a su familia, incluso si su hijo tiene cobertura de seguro médico. El copago, los deducibles y el coaseguro cumplen los requisitos para optar al Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital.

*Al entregar su solicitud, entienda que es responsable de la precisión de la información brindada, de cumplir los lineamientos del seguro y de volver a presentar la solicitud si es necesario. Si se aprueba, la asistencia financiera será válida por un año desde la fecha en la que se determinó la elegibilidad. Usted es responsable de volver a presentar la solicitud anualmente.*

Envíe la solicitud y los documentos requeridos a la atención del Departamento de Verificación y Autorización de Seguros de Children's Specialized Hospital en 379 Campus Drive / 4<sup>th</sup> Floor / Somerset, NJ 08873 o por correo electrónico a [CSHBenefitFund@childrens-specialized.org](mailto:CSHBenefitFund@childrens-specialized.org) o por fax al 908-389-5697. Tenga en cuenta que este es un fax seguro y confidencial que se utiliza únicamente para el Fondo de Beneficios de CSH.

Atentamente,

Equipo de Verificación y Autorización de Seguros

## Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital Solicitud para la participación

---

**A continuación, se enumeran los documentos que deben presentarse con su solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital. Envíe copias, no los originales. Fecha del servicio solicitado \_\_\_\_\_**

---

Debe brindar información de *todo* el mes anterior a la fecha del servicio solicitado. Cuando solicite la cobertura del Fondo de Beneficios de CSH por servicios ya prestados, debe proporcionar la información del mes anterior a la primera sesión de tratamiento. Por ejemplo, si el primer tratamiento fue el 1.º de junio, se debe proporcionar la información correspondiente a mayo.

**Los siguientes elementos son obligatorios y deben recibirse para considerar que su solicitud está completa.**

1. Información sobre los ingresos. Proporcione lo siguiente:
  - Si se encuentra empleado:
    - Dos recibos de pago del mes anterior a la fecha del servicio solicitado de cada miembro del hogar que trabaja
    - Si trabaja por cuenta propia:
      - Declaración de un contador certificado que muestre los ingresos del mes anterior a la fecha del servicio solicitado
      - Estados de cuenta bancarios que confirmen ingresos
      - Si ninguno de los miembros de la familia en el hogar trabaja:
        - Los dos cheques más recientes por discapacidad y/o por desempleo
        - Para las siguientes fuentes de ingreso, proporcione la sustentación legal:
          - Seguro Social
          - Pagos de manutención de menores
          - Pagos de pensión alimenticia
  - Para las siguientes fuentes de ingreso, proporcione los cheques del mes anterior a la fecha del servicio solicitado:
    - Ingreso por alquiler
    - Ingreso por intereses (debe mostrar la fuente de los intereses)
  - Todas las demás fuentes de ingreso
2. Declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente
3. Formularios W2 más actuales de cada miembro del hogar que trabaja
4. Estados de cuenta de todas las cuentas corrientes y de ahorro de cada miembro del hogar desde el mes anterior a la fecha del servicio solicitado.
5. Documentación apropiada del paciente que deje constancia de la residencia permanente en Nueva Jersey, la ciudadanía de los Estados Unidos o la residencia para extranjeros legales.
  - *Ejemplos de documentos válidos: certificado de nacimiento, tarjeta del Seguro Social o pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta de residencia*
6. Número de licencia de conducir o identificación con fotografía apropiada
7. Tarjetas de identificación del seguro médico (si tiene seguro médico)
8. Constancia de denegación y/o de elegibilidad de cualquier asistencia médica gubernamental y/o privada o de cualquier fuente de financiación alternativa para las que el paciente, la familia y/o el garante puedan ser elegibles en caso de que la familia no tenga seguro
9. Documentación sobre los bienes

**Fondo de Beneficios de Children’s Specialized Hospital  
Solicitud para la participación**

---

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento		
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del solicitante	Teléfono del domicilio		
Número del Seguro Social del paciente	Número de personas en el hogar* (EL INDICADO EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS)		
Fecha del servicio solicitado (DEBE PROPORCIONAR LOS RECIBOS DE PAGO)		Tipo de servicio y ubicación	

¿Es residente permanente de NJ? Sí\_\_ / No\_\_\_ ¿Es residente legal? Sí\_\_ / No\_\_\_ ¿Es residente ilegal? Sí\_/No\_\_\_

**\*Se requiere constancia de residencia en NJ, de ciudadanía estadounidense o de residencia para extranjeros legales para optar al CSHBF\***

Mencione a todos los miembros del hogar, su edad y su relación con el paciente.

Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación

\*Una mujer embarazada se cuenta como 2 miembros del hogar.

## Certificación del solicitante

Entiendo que la información presentada al Programa del Fondo de Beneficios de CSH para su consideración está sujeta a la verificación de Children's Specialized Hospital y/o de los gobiernos federales o estatales. Las declaraciones falsas intencionales de los hechos me harán responsable a mí y/o al garante de todos los gastos en el hospital y estaremos sujetos a sanciones civiles. Certifico que toda la información proporcionada y la documentación requerida para procesar la solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital es verdadera y correcta, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a Children's Specialized Hospital inmediatamente de cualquier cambio en el estado con respecto a mi residencia, tamaño del núcleo familiar, ingresos o bienes.

Yo y/o el garante aceptamos seguir todas las directrices del seguro, incluida, por ejemplo, la obtención de remisiones, autorizaciones y precertificaciones. Si yo y/o el garante no lo hacemos, ambos seremos responsables de todos los gastos en los que se incurra que no estén cubiertos por el seguro.

Yo y/o el garante solicitaremos, de manera oportuna, cualquier asistencia médica gubernamental o privada o cualquier fuente de financiación alternativa para las que el paciente, yo y/o el garante podamos ser elegibles y proporcionaremos la constancia de la denegación o de la elegibilidad correspondiente. Soy consciente de que si no proporciono la constancia de la denegación o de la aceptación, se denegará mi solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital. Soy consciente de que mi solicitud para el Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital depende de que proporcione de manera oportuna la constancia de la denegación o de la aceptación para esa asistencia.

Firma del solicitante

Fecha

**Matriz del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital (política LD-21)**

Lineamientos Federales de Pobreza*	400%	410%	420%	430%	440%	450%	460%	470%	480%	490%	500%
El paciente paga	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<b>Tamaño del núcleo familiar</b>	<b>Limit de ingresos</b>										
1	\$ 58,320	\$ 59,778	\$ 61,236	\$ 62,694	\$ 64,152	\$ 65,610	\$ 67,068	\$ 68,526	\$ 69,984	\$ 71,442	\$ 72,900
2	\$ 78,880	\$ 80,852	\$ 82,824	\$ 84,796	\$ 86,768	\$ 88,740	\$ 90,712	\$ 92,684	\$ 94,656	\$ 96,628	\$ 98,600
3	\$ 99,440	\$ 101,926	\$ 104,412	\$ 106,898	\$ 109,384	\$ 111,870	\$ 114,356	\$ 116,842	\$ 119,328	\$ 121,814	\$ 124,300
4	\$ 120,000	\$ 123,000	\$ 126,000	\$ 129,000	\$ 132,000	\$ 135,000	\$ 138,000	\$ 141,000	\$ 144,000	\$ 147,000	\$ 150,000
5	\$ 140,560	\$ 144,074	\$ 147,588	\$ 151,102	\$ 154,616	\$ 158,130	\$ 161,644	\$ 165,158	\$ 168,672	\$ 172,186	\$ 175,700
6	\$ 161,120	\$ 165,148	\$ 169,176	\$ 173,204	\$ 177,232	\$ 181,260	\$ 185,288	\$ 189,316	\$ 193,344	\$ 197,372	\$ 201,400
7	\$ 181,680	\$ 186,222	\$ 190,764	\$ 195,306	\$ 199,848	\$ 204,390	\$ 208,932	\$ 213,474	\$ 218,016	\$ 222,558	\$ 227,100
8	\$ 202,240	\$ 207,296	\$ 212,352	\$ 217,408	\$ 222,464	\$ 227,520	\$ 232,576	\$ 237,632	\$ 242,688	\$ 247,744	\$ 252,800

\*Estándares de ingresos de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services, DMA HS) 2023