



Estimado Padre o Tutor:

Gracias por elegir Children's Specialized Hospital para atender las necesidades de su(s) hijo(s). Adjunta encontrará la solicitud para el Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital. Para ser considerado, debe brindar constancia de ser ciudadano estadounidense permanente o extranjero legal que resida de manera permanente en el estado de Nueva Jersey. La aprobación y el monto de asistencia que podrá recibir se basarán en la solicitud completa, incluidos los ingresos del hogar y los activos. Toda la información que brinde debe coincidir con las fechas de servicio que está solicitando.

Nos gustaría brindar esta solicitud a su familia, aun si su hijo tiene cobertura de salud. El copago, los deducibles y el coseguro son elegibles según el Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital.

Al entregar la solicitud, usted comprende que es responsable de la exactitud de la información que brinda, de los lineamientos de seguro y de volver a realizar la solicitud si es necesario. En caso de ser aprobado, la ayuda financiera será válida por un año desde la fecha en la que se determinó la elegibilidad. Usted es responsable de volver a realizar anualmente la solicitud.

Para que se considere su solicitud, asegúrese de incluir todos los documentos necesarios que se describen en la siguiente página. Espere dos semanas para procesar la documentación una vez que Children's Specialized Hospital haya recibido la solicitud. Le notificaremos cuando se haya tomado una decisión en cuanto a su pedido.

Envíe la solicitud y los documentos necesarios por correo a Children's Specialized Hospital, Insurance Verification & Authorization department a 379 Campus Drive / 4th Floor / Somerset, NJ 08873 o por fax al 908-389-5698. Tenga en cuenta que este fax es seguro y confidencial, y que es utilizado exclusivamente por el Fondo de Beneficios de CSH.

Atentamente.

Equipo de Verificación de Seguro y Autorización

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

A continuación, se describen los documentos que deben presentarse con su solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital. Envíe copias, no originales. Fecha de Solicitud del Servicio _____

Debe brindar información del mes *completo* anterior a la fecha de solicitud de servicio. Cuando realice la solicitud de cobertura del Fondo de Beneficios de CSH para servicios que ya se hayan realizado, deberá brindar información del mes anterior a la primera sesión de tratamiento. Por ejemplo, si la fecha del primer tratamiento del paciente fue el 1 de junio, se deberá brindar la información del mes de mayo.

Se deberán recibir los siguientes elementos para que su solicitud se considere completa.

1. Información de Ingresos. Proporcione lo siguiente:
 - Si está empleado:
 - Dos recibos de pago del mes anterior a la fecha de solicitud de servicio de cada integrante del hogar que trabaje
 - Si es trabajador independiente:
 - Declaración de un contador público en la que se muestren los ingresos del mes previo a la fecha de solicitud del servicio
 - Estado de cuenta que confirme el ingreso
 - Si no hay integrantes en el hogar que trabajen:
 - Dos comprobantes más actuales por discapacidad y/o desempleo
 - Documentos legales de las siguientes fuentes de ingreso:
 - Seguro social
 - Pagos de manutención
 - Pensión alimenticia
 - Proporcione recibos de las siguientes fuentes de ingreso del mes previo a la fecha de solicitud del servicio:
 - Ingreso de alquiler
 - Ingreso de intereses (debe mostrar fuente de intereses)
 - Otras fuentes de Ingreso
2. La Declaración de impuestos sobre la renta presentada más reciente
3. Los formularios W2 más recientes de cada integrante del hogar que trabaje
4. Estados de todas las cuentas corrientes y de ahorro de todos los integrantes del hogar del mes anterior a la fecha de solicitud del servicio.
5. Documentación apropiada que deje constancia de residencia permanente en Nueva Jersey, ciudadanía de los Estados Unidos o Residencia para Extranjeros Legales
 - *Ejemplos de documentos válidos: certificado de nacimiento, tarjeta de Seguro Social o pasaporte de los Estados Unidos, permiso de residencia*
6. Licencia de conducir o identificación con foto apropiada
7. Tarjetas de identificación de seguro médico (si cuenta con alguno)
8. Constancia de rechazo y/o elegibilidad de alguna asistencia médica gubernamental o privada o fuente(s) alternativa(s) de fondos para la que el paciente, la familia y/o el garante puedan resultar elegibles en caso de no contar con cobertura
9. Documentación de activos
 - Esto incluye acciones, bonos y otras inversiones, como otras propiedades, además de la residencia primaria. Propiedad que no sea la residencia primaria del garante o de la familia y que pueda considerarse como activo, y que será evaluada cuando se determine la elegibilidad. Los activos, tales como (a modo ejemplificativo) cuentas corriente o de ahorro, acciones y bonos, además de los designados para cuentas de pensión, se consideran para determinar la elegibilidad, mientras que no se considerarán los planes de inversión de retiro tales como (a modo ejemplificativo) los planes 401(K) o 403(B).
 - *Ejemplos de documentos válidos: estado de cuenta más reciente de acciones, fondos y bonos*

Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital
Solicitud para la Participación

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Calle

Ciudad

Estado Código Postal

Nombre del solicitante

Teléfono particular

Número de Seguro Social del paciente

Número de integrantes del hogar*

(LO QUE SE HAYA INDICADO AL GOBIERNO/EN LA DECLARACIÓN DE INGRESOS)

Fecha de solicitud del servicio (DEBE BRINDAR RECIBOS DE PAGOS)

Tipo de servicio y ubicación

¿Es residente permanente en Nueva Jersey? Sí__ / No__ ¿Residente legal? Sí__/No__
¿Residente ilegal? Sí__/No__

Indique todos los integrantes del hogar, su edad y el vínculo con el paciente.

Nombre

Edad

Vínculo

Nombre

Edad

Vínculo

Nombre

Edad

Vínculo

Nombre

Edad

Vínculo

Nombre

Edad

Vínculo

Nombre

Edad

Vínculo

* Una mujer embarazada cuenta como 2 integrantes del hogar.

Certificación del solicitante

Comprendo que la información presentada para la consideración del programa de Fondo de Beneficios de CSH está sujeta a verificación del Children's Specialized Hospital y/o gobiernos federales o estatales. La distorsión deliberada de los hechos hará responsables a mí y/o al garante de todos los costos hospitalarios y estaremos sujetos a sanciones civiles. Certifico que toda la información brindada y la documentación requerida para el procesamiento de la solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital es correcta y verdadera, y comprendo que es mi responsabilidad notificar a Children's Specialized Hospital de inmediato si ocurre algún cambio en mi estado sobre mi residencia, número de integrantes en la familia, ingresos o activos.

Tanto el garante como yo nos comprometemos a seguir todos los lineamientos de seguro, incluidas, a modo ejemplificativo, las referencias, autorizaciones y precertificaciones. En caso de no hacerlo, ambos seremos responsables de cualquier cargo en el que se haya incurrido que no esté cubierto por el seguro.

Tanto el garante como yo solicitaremos, de manera oportuna, cualquier asistencia médica gubernamental o privada, o fuentes alternativas de financiación para las que el paciente, el garante o yo seamos elegibles, y brindaremos la constancia de rechazo o elegibilidad correspondiente. Comprendo que, en caso de no brindar una constancia de rechazo o aprobación, esto resultará en el rechazo de la solicitud del Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital. Entiendo que mi solicitud al Fondo de Beneficios de Children's Specialized Hospital está sujeta a la presentación del rechazo o de la aceptación de dicha asistencia de manera oportuna.

Firma del solicitante

Fecha

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

% de 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 %
Número de integrantes de la familia:	Umbral de ingresos:										
1	\$ 35,010	\$ 35,885	\$ 36,761	\$ 37,636	\$ 38,511	\$ 39,386	\$ 40,262	\$ 41,137	\$ 42,012	\$ 42,887	\$ 43,763
2	\$ 47,190	\$ 48,370	\$ 49,550	\$ 50,729	\$ 51,909	\$ 53,089	\$ 54,269	\$ 55,448	\$ 56,628	\$ 57,808	\$ 58,988
3	\$ 59,370	\$ 60,854	\$ 62,339	\$ 63,823	\$ 65,307	\$ 66,791	\$ 68,276	\$ 69,760	\$ 71,244	\$ 72,728	\$ 74,213
4	\$ 71,550	\$ 73,339	\$ 75,128	\$ 76,916	\$ 78,705	\$ 80,494	\$ 82,283	\$ 84,071	\$ 85,860	\$ 87,649	\$ 89,438
5	\$ 83,730	\$ 85,823	\$ 87,917	\$ 90,010	\$ 92,103	\$ 94,196	\$ 96,290	\$ 98,383	\$ 100,476	\$ 102,569	\$ 104,663
6	\$ 95,910	\$ 98,308	\$ 100,706	\$ 103,103	\$ 105,501	\$ 107,899	\$ 110,297	\$ 112,694	\$ 115,092	\$ 117,490	\$ 119,888
7	\$ 104,790	\$ 107,410	\$ 110,030	\$ 112,649	\$ 115,269	\$ 117,889	\$ 120,509	\$ 123,128	\$ 125,748	\$ 128,368	\$ 130,988
8	\$ 116,490	\$ 119,402	\$ 122,315	\$ 125,227	\$ 128,139	\$ 131,051	\$ 133,964	\$ 136,876	\$ 139,788	\$ 142,700	\$ 145,613