

El Boston Children's Hospital (el "Hospital") y el de suyo Physician Foundations (el "Foundations") hay comprometido na amo el origen para na maga bata tiene necesita cuidando, maskin nohay habilidad para paga. Este Aplicacion para na Asistencia de Pinancia ta usa para ebalua el maga oportunidad para asistencia para todo emergencia y otro maga cuidado na medical na necesita na ta dale el Hospital y el Foundations. Por favor man imprenta y completa todo el maga seccion ta aplica.

El Hospital y el Foundations hay trabahando con el maga paciente para aplica para na asistencia de publico (por ehemplo Medicaid, Commonwealth Care, y Health Safety Net) como apropiado. El nohay aplica para na asistencia de publico na ustedes cualifica resulta na negada del de ustedes aplicacion para na asistencia de pinancia del Hospital y del Foundations.

Si tiene ustedes maga pregunta para na completando del este aplicacion, por favor man conecta con el Unit del Consejo de Pinancia del Department de Serbicio Pinancia para na Paciente en persona na Hospital na 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, o en telefon na (617) 355-7201.

Por favor icha na correo al maga completo aplicacion na:

Boston Children's Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160
Boston, MA, 02115

1. Informacion del Apicante

Nota 1: El Apicante hay el nombre del persona ta completa con el aplicacion.

El Nombre del Apicante (Primero, Medio, Apellido)	
Relacion del Apicante con el Paciente	
El Numero del Boston Children's Medical Registro del Paciente	
El (maga) Fecha del Serbicio para na Asistencia de Pinancia Pedido	
El (maga) Numero del Cuenta para na Asistencia de Pinancia Pedido	
Maga Dolar Pedido	

2. Informacion del Paciente y Guarantor del Paciente

Nota 2: Paciente hay el persona para con quien el aplicacion; el persona quien ta/ya recibe el medical cuidado.

Nota 3: Guarantor del Paciente hay el persona responsable para na pinancia para el cuenta.

¹ El Policia de Asistencia de Pinancia del The Boston Children's Hospital hinde ta aplica na Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy o na otro pa cosas ta dale el Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy.

El Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido)	
Fecha de Nacimiento del Paciente	

Social Security Number del Paciente (si tiene)	
Direccion del Paciente	<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arquila <input type="checkbox"/> Hinde Aplicable
Numero del Telefono del Paciente	
Nombre del Guarantor del Paciente	
Direccion del Guarantor del Paciente	
Relacion del Guarantor del Paciente na Paciente	
Empleador del Guarantor del Paciente	
Direccion del Empleador del Guarantor del Paciente	

- Por favor inclui el verificacion del residencia como el licencia del conductor, declaracion del mortgage, contrato del arquila, cuenta del tax, cuenta del electrico, cuenta del utility, o cuenta del telefono.

Ya aplica ba el paciente para na asistencia de publico como el Medicaid, Commonwealth Care, o Health Safety Net?

Si No Nohay Quien Sabe Maga Resulta _____

Si Afirmativo, Por favor dale el maga resulta del aplicacion.

Si el paciente tiene asistencia de publico na fecha del serbicio, por favor dale el informacion acerca del asistencia de publico conjunto con el aplicacion.

Si el asistencia de publico hay ya nega antes, por favor dale el informacion acerca del nagada.

El paciente tiene ba seguro de salud na fecha del serbicio?

Si No Nohay Quien Sabe Seguro de Salud _____

Si el paciente tiene seguro na fecha del serbicio, por favor dale el informacion acerca del seguro conjunto na aplicacion.

El paciente / guarantor tiene ba seguro de salud mediante de suyo empleador?

Si No Nohay Quien Sabe Empleador _____

El paciente / guarantor ba ya termina voluntariamente con el seguro na ultimo 60 dias?

Si No Nohay Quien Sabe Seguro _____

El paciente tiene ba un demanda, settlement, o demanda de liability pendiente contra na fecha del servicio?

Si No Nohay Quien Sabe Maga Resulta _____

El paciente tiene ba un demanda pendiente, settlement, o demanda de liability pendiente, por favor dale el estado conjunto na aplicacion.

El paciente tiene ba pondo adicional para ayuda paga para con el maga servicio na medical na necesita?

Si No Nohay Quien Sabe Origen del Pondo _____

3. Informacion del Pamilia

Ta determina el Hospital con el elegibilidad para na maga programa de asistencia de pinancia base na ganancia del pamilia del paciente. Ta determina el maga precio del rebajo usando el Maga Federal na Guia para na Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG). Lista abajo el paciente y el (maga) tata y nana del paciente y (maga) legal na custodio (si o no sila ta queda conjunto con el paciente). Tamen, lista todo el maga miembro del pamilia del paciente quien ta queda conjunto con el paciente, incluido el maga hermano y hermana del paciente menor de 18 años quien ta queda conjunto con el paciente. Si casao el paciente, lista el esposa/esposo del paciente. Si mas de 6 miembro, por favor aumenta suplemento papel.

Numero del Miembro del Pamilia

ID	El Nombre del Miembro del Pamilia (Primero, Medio, Apellido)	Relacion con el Paciente	Fecha de Nacimiento	Edad
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Ganancia del Pamilia

Lista todo el gross ganancia del pamilia para na 6 y 12 mes periodos antes del fecha del serbicio el que ta relata este pedida para asistencia de pinancia. El gross ganancia del pamilia hay antes del tax y ta inclui el maga sueldo, compensacion de desempleo, compensacion de trabajador, y mucho pa otro maga forma de ganancia. El ganancia del pamilia hay necesita lista para del paciente, el (maga) tata y nana del paciente y (maga) legal na custodio (si o no sila ta queda conjunto con el paciente), y el maga hermano y hermana del paciente menor de 18 años quien ta queda conjunto con el paciente. Si casao el paciente, el ganancia del pamilia necesita inclui el esposa/esposo del paciente. Maga multiple origen puede inclui na lista para cada tipo de ganancia.

Tipo de Ganancia del Pamilia	(Maga) Origen del (Maga) Miembro del Pamilia	Ultimo 6---Mes Maga Gross Dolar	Ultimo 12---Mes Maga Gross Dolar
Maga Sueldo			
Compensacion de Desempleo			
Compensacion de Trabajador			
Asistencia de Publico			
Pension / Retirando			
Propiedad ta Manda Arquila			
Discapacidad			
Suporta para na Bata (si nohay reporta na sueldo)			
Alimony (si nohay reporta na sueldo)			
Social Security			
Dividend / Interes / Maga Royalty			
Otro			
Total			

- Por favor inclui el verificacion del ganancia, incluido el maga tax return del antes año, W2 del antes año, 4 ultimo stub del pago o escrito verificacion desde Empleador, Social Security cheque, cheque de Discapacidad, o affidavit na firmado ta declara nohay ganancia.

5. Certificacion y Pirma

Iyo to pedi con el Hospital que hace un determinacion del elegibilidad para na asistencia de pinancia. Iyo ta entende na este informacion hay confidencial y afectado de verificacion del Hospital. Iyo ta entende tamen na si el informacion ya dale aqui hay falso, puede nega el ayuda pinancia y yo reponsable para paga para con el maga serbicio ya dale el Hospital y el Foundation. Iyo por esto ta testiga na el informacion na este aplicacion hay completo y exacto segun del de mio entende y yo ta entende el proceso y el de mio responsabilidad.

El Nombre del Aplicante (Primero, Medio, Apellido)	
Pirma	Fecha