



Estimado padre/guardián:

KidsPeace se compromete a proporcionar un cuidado excelente, independientemente de la capacidad de pagar de la familia. Reconocemos que esto puede ser un tiempo áspero y difícil no sólo para el niño, sino también para la familia. Usted está recibiendo este paquete porque usted ha indicado que una dificultad financiera existe con el pago de sus facturas médicas.

Adjunto, por favor encuentre nuestra aplicación de cuidado caritativo. Todas las aplicaciones completas son procesadas en confianza y son filtradas sin prejuicios y discriminación. Basado en la información proporcionada, usted puede calificar para ser parcialmente perdonado o completamente perdonado de la cantidad pendiente. Si su niño está en cuidado por un periodo prolongado de tiempo, pedimos que este proceso se complete cada seis meses para asegurar que su situación financiera no ha cambiado.

Antes de que podamos procesar su aplicación, debe adjuntar documentación de apoyo de todas sus fuentes de ingresos para todos en su hogar durante los últimos seis meses. Las instrucciones están detalladas en la aplicación. Para su conveniencia, una lista de artículos necesarios se proporciona a continuación. Cualquier información que falte retrasará el proceso de solicitud.

- _____ **Aplicación – completada en su totalidad, firmada, con fecha**
- _____ **Copias de todos los ingresos – durante los últimos 6 meses, incluyendo, pero no limitado a:**
 - _____ **Comprobantes de pago (si es trabajador autónomo, proporcione la declaración de impuestos del año más reciente)**
 - _____ **Copias impresas de manutención de menores**
 - _____ **Comprobantes de pensión conyugal/impresas**
 - _____ **Comprobantes de la pensión/impresas**
 - _____ **Comprobantes de beneficios militares/ impresas**
 - _____ **Comprobantes de compensación de desempleo/impresas**
 - _____ **Comprobantes de ingreso de Seguro Social (SSI)/impresas**
 - _____ **Comprobantes de beneficios por incapacidad/impresas**
 - _____ **Comprobantes de compensación de empleo /impresas**
 - _____ **Documentación de asistencia pública (dinero en efectivo, cupones de alimentos, etc.)**
 - _____ **Ingreso neto del alquiler**
 - _____ **Anualidades**
 - _____ **Ingresos por intereses**
 - _____ **Otros ingresos – cualquier otra fuente no listada aquí**

Además, si hay una dificultad financiera significativa que usted está enfrentando actualmente, puede incluir cualquier documentación de apoyo con su aplicación, pero no es un requisito necesario para procesar la aplicación.

Si usted tiene algunas preguntas, por favor póngase en contacto conmigo directamente en Kathryn.Sena@kidspeace.org o al 610-799-8549. Una vez que tengamos su aplicación completa, procesaremos y haremos una determinación dentro de 7 días laborables. Independientemente de la decisión, usted será notificado.

Sinceramente,

Kathryn Sena
Gerente, Departamento de cuentas de pacientes de KidsPeace



ANEXO A

APLICACIÓN DE CUIDADO CARITATIVO Y AYUDA FINANCIERA

KidsPeace proporciona servicios médicamente necesarios a los pacientes independiente de su capacidad de pagar.

Es la responsabilidad de la familia del paciente solicitar cualquier programa de asistencia financiera estatal o federal. En caso de que una familia no califique para los programas estatales o federales, KidsPeace evaluará a cualquier familia que no tenga seguro o que esté subsegurada basada en ingresos brutos, dificultades documentadas y el tamaño de la familia para considerar una reducción de responsabilidad financiera.

Instrucciones: Por favor, complete el formulario en su totalidad. Todas las copias de la documentación de apoyo deben ser adjuntada para evitar retrasos en el procesamiento. No se puede procesar una aplicación a menos que se reciba toda la documentación.

Demografía del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Información del garante/padre

1. Nombre del garante/padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del garante/padre: _____

Relación al paciente: _____ Empleador: _____

Dirección completa: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número celular: _____

2. Nombre del garante/padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del garante/padre: _____

Relación al paciente: _____ Empleador: _____

Dirección completa: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número celular: _____

Tamaño de la familia: _____ Los primeros nombres de todos los miembros de la familia: _____

Por favor encierre todas las formas de ingreso recibidas en los últimos seis meses:

Salario	Pensión	Compensación por desempleo	Seguro Social
Manutención	Pensión conyugal	Beneficios por incapacidad	Compensación de empleo
Asistencia pública	A anualidades	Ingreso neto de alquiler	Ingresos por intereses
Otros ingresos			

*Adjunte documentación para cualquiera de las categorías de ingresos anteriores que se aplican para los últimos seis meses.



Attachment B

Federal Poverty Guidelines
Sliding Fee Scale
Effective November 2015

Size of Family Unit	100% Discount 0% Pay	101% - 133% 80% Discount 20% Pay	133% - 200% 60% Discount 40% Pay	201% - 300% 40% Discount 60% Pay	301% - 400% 20% Discount 80% Pay	401% 0% Discount 100% Pay
1	\$ - - \$ 11,770.00	\$ 11,771.00 - \$ 15,654.00	\$ 15,655.00 - \$ 23,540.00	\$ 23,541.00 - \$ 35,310.00	\$ 35,311.00 - \$ 47,080.00	Over \$ 47,081.00
2	\$ - - \$ 15,930.00	\$ 15,931.00 - \$ 21,187.00	\$ 21,188.00 - \$ 31,860.00	\$ 31,861.00 - \$ 47,790.00	\$ 47,791.00 - \$ 63,720.00	Over \$ 63,721.00
3	\$ - - \$ 20,090.00	\$ 20,091.00 - \$ 26,720.00	\$ 26,721.00 - \$ 40,180.00	\$ 40,181.00 - \$ 60,270.00	\$ 60,271.00 - \$ 80,360.00	Over \$ 80,361.00
4	\$ - - \$ 24,250.00	\$ 24,251.00 - \$ 32,253.00	\$ 32,254.00 - \$ 48,500.00	\$ 48,501.00 - \$ 72,750.00	\$ 72,751.00 - \$ 97,000.00	Over \$ 97,001.00
5	\$ - - \$ 28,410.00	\$ 28,411.00 - \$ 37,785.00	\$ 37,786.00 - \$ 56,820.00	\$ 56,821.00 - \$ 85,230.00	\$ 85,231.00 - \$ 113,640.00	Over \$ 113,641.00
6	\$ - - \$ 32,570.00	\$ 32,571.00 - \$ 43,318.00	\$ 43,319.00 - \$ 65,140.00	\$ 65,141.00 - \$ 97,710.00	\$ 97,711.00 - \$ 130,280.00	Over \$ 130,281.00
7	\$ - - \$ 36,730.00	\$ 36,731.00 - \$ 48,851.00	\$ 48,852.00 - \$ 73,460.00	\$ 73,461.00 - \$ 110,190.00	\$ 110,191.00 - \$ 146,920.00	Over \$ 146,921.00
8	\$ - - \$ 40,890.00	\$ 40,891.00 - \$ 54,384.00	\$ 54,385.00 - \$ 81,780.00	\$ 81,781.00 - \$ 122,670.00	\$ 122,671.00 - \$ 163,560.00	Over \$ 163,561.00
Each Addtl member	\$4,160	\$5,200	\$6,240	\$7,280	\$8,320	\$