

**Patient #1:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **MR#** \_\_\_\_\_  
 Paciente #1 Fecha de Nacimiento Expediente Médico MR#

**Patient #2:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **MR#** \_\_\_\_\_  
 Paciente #2 Fecha de Nacimiento Expediente Médico MR#

**Patient #3:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **MR#** \_\_\_\_\_  
 Paciente #3 Fecha de Nacimiento Expediente Médico MR#

**Patient #4:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **MR#** \_\_\_\_\_  
 Paciente #4 Fecha de Nacimiento Expediente Médico MR#

**Parent, Guardian, or Other Responsible Party:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre, Madre, Guardián u Otra Persona Responsable

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: **Street** Calle **City** Ciudad **State** Estado **Zip** Código Postal

**Phone #s:** (C) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (H) \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (Celular) (del Trabajo) (de la Casa)

**Number of people living in your household:** \_\_\_\_\_ **Total number of exemptions claimed on your tax return:** \_\_\_\_\_  
 Número de personas que viven en su hogar Número total de exenciones reclamadas en su planilla de impuestos

**List all members of the household, including patient(s) listed above. Use additional sheets if necessary.**

Escriba el nombre de todos los miembros del hogar, incluyendo al/ a los paciente(s) nombrados anteriormente. Use hojas adicionales si es necesario.

Name Nombre	Age Edad	Relationship to Patient Relación con el Paciente	Gross Monthly Income Ingreso Bruto Mensual	Source of Income Fuente de Ingreso

**HOUSEHOLD INCOME INGRESO FAMILIAR**

**Attach the following documents with your application (all that may apply):**

Incluya los siguientes documentos con su solicitud (todos los que sean pertinentes)

- Last year's Federal Income Tax Return (IRS Form 1040) or W2's/1099's or Paystubs (last 2 months)** Planilla de Impuestos Federales del Año Pasado (Formulario 1040 del IRS) o formularios W2/1099 o Talones de Pago (de los últimos 2 meses) o Carta de Verificación de Empleo de CHKD
- Child Support (DCSE Disbursements, Direct Deposit Statements, or Written Statement from Absent Parent)** Manutención Infantil (Desembolsos del DCSE, Estados de Cuenta de Depósito Directo, o Declaración Escrita por el Padre Ausente)
- Medicaid/FAMIS and other benefits Approval or Denial Letters** Medicaid/FAMIS y otros beneficios Cartas de Otorgación o Negación
- Social Security/SSI (Award Letters)** Seguro Social/ SSI-ingreso suplementario de seguridad (Cartas de Otorgación)
- Veterans Benefits (Award Letters)** Beneficios de Veteranos (Cartas de Otorgación)
- Unemployment Compensation (VEC Monetary Determination)** Compensación por Desempleo (Determinación Monetaria por la Comisión de Empleo de Virginia)
- If you are claiming NO INCOME, you must provide a signed and notarized letter indicating financial support.** Si usted está reclamando QUE NO TIENE INGRESO, usted tiene que proveer una carta firmada y notarizada indicando como recibe apoyo financiero.

## HEALTH INSURANCE INFORMATION INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO MÉDICO

Medical Insurance:  Yes Sí  No

Seguro Médico

Type of Insurance: \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro Médico

Policy and/or ID Number: \_\_\_\_\_

Número de Poliza o de Identificación

Are you a member of a medical cost sharing plan?  Yes Sí  No

¿Es usted miembro de un plan de costos médicos compartidos?

Plan name: \_\_\_\_\_

Nombre del plan

Will your family have a decrease in income due to job loss, layoffs, reduced work hours, or similar situations in the immediate future (within the next month)?

¿Su familia va a tener una reducción de ingreso debido a pérdida de trabajo, despido laboral, menos horas de trabajo, u otra situación similar en el futuro inmediato? (dentro del próximo mes)

Yes Sí  No

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Si indicó que sí, por favor describa

Will your family have an increase in income in the immediate future (within the next month)?

¿Su familia va a tener un aumento de ingreso en el futuro inmediato? (dentro del próximo mes)

Yes Sí  No

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Si indicó que sí, por favor describa

Have you recently suffered severe financial hardship due to personal loss?

(Example: Other medical expenses or loss of home due to a fire, etc.)

Yes Sí  No

¿Usted ha sufrido dificultad financiera severa debida a pérdida personal severa recientemente?

Ejemplo: Otras cuentas médicas o pérdida de su hogar debido a un incendio, etc.

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Si indicó que sí, por favor describa

Is this medical treatment due to an accident, on-the-job injury, or other third-party injury?

¿Este tratamiento médico es debido a algún accidente, lesión sostenida en el trabajo, o daño ocasionado por una tercera parte?

Yes Sí  No

Briefly describe the accident or injury: \_\_\_\_\_

Brevemente describa el accidente o el daño

Employer's name and address: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de la Compañía/Empleador

In certain circumstances, applicants may be presumptively deemed eligible for financial assistance. Please answer the following questions for consideration:

En ciertas circunstancias los solicitantes pueden ser considerados elegibles presuntivamente para recibir asistencia financiera. Por favor conteste las siguientes preguntas para ser considerado

Are you homeless or have you received care from a homeless clinic?

¿Es usted una persona sin hogar o ha recibido atención médica a través de una clínica para personas sin hogar?

Yes Sí  No

Do you receive state-funded prescription assistance?

¿Usted recibe asistencia para recetas por medio de fondos estatales?

Yes Sí  No

Do you participate in Women, Infants and Children programs (WIC)?

¿Usted participa en el programa de WIC? (Mujeres, Infantes y Niños)

Yes Sí  No

Do you receive food stamps?

¿Usted recibe cupones alimenticios?

Yes Sí  No

Do you receive subsidized school lunches?

¿Usted recibe ayuda/subsidio para el almuerzo escolar?

Yes Sí  No

Are you on a Medicaid spend down?

¿Usted participa en un programa de reducción de gastos por medio de Medicaid?

Yes Sí  No

Do you receive low income/subsidized housing?

¿Usted recibe subsidio de vivienda por bajo ingreso?

Yes Sí  No

Is the patient deceased with no known estate?

¿Acaso ha fallecido el paciente sin tener bienes/propiedades conocidas?

Yes Sí  No

**CHKD Financial Assistance is limited to residents of the region (portions of Virginia or North Carolina) who have valid legal presence in the United States. I understand that the information I am giving will be subject to verification and can be reported to state and/or federal enforcement agencies and others as required by law. I certify, by my signature, that the above information is true and accurate to the best of my knowledge and that I am applying for Financial Assistance at Children's Hospital of The King's Daughters.**

*La Asistencia Financiera está limitada a los residentes de esta región (porciones de Virginia y Carolina del Norte) con presencia legal válida en los Estados Unidos. Yo entiendo que la información que estoy dando estará sujeta a verificación y puede ser reportada a agencias del cumplimiento de la ley estatales y/o federales al igual que a otras agencias según lo requiere la ley. Yo certifico, con mi firma, que la información mencionada anteriormente es cierta y precisa a mi leal saber y entender y que yo estoy solicitando Asistencia Financiera de Children's Hospital of The King's Daughters.*

**APPLICANT'S SIGNATURE** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

**DATE** \_\_\_\_\_  
FECHA

**Please return application with all documentation to:**  
Favor devuelva la solicitud con todos los documentos correspondientes a:

**Children's Hospital of The King's Daughters**  
**Patient Financial Services – HBA**  
Servicios Financieros del Paciente- Analista de Beneficios de Salud  
**601 Children's Lane**  
**Norfolk, VA 23507**  
**Fax: 757.668.9181**  
**Email: [charitycare@CHKD.ORG](mailto:charitycare@CHKD.ORG)**

**Or, return to any CHKD registration desk**  
O devuelva la solicitud en cualquier mostrador para registro de pacientes del Hospital CHKD

### Financial Assistance Program Plain Language Summary

Children's Hospital of The King's Daughters (CHKD) is committed to care for all patients, birth to age 21, regardless of their financial situation.

Free healthcare services are available to patients with a family income equal to or less than 175% of the federal poverty level. Patients with a family income greater than 175% and up to 400% of the federal poverty level are eligible for a discount on charges for healthcare services.

See <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> for the current federal poverty guidelines published by the U.S. Department of Health and Human Services.

Families applying for assistance will be asked to provide documented proof of need including tax records, pay stubs, assets, family size and proof of residence.

The complete financial assistance policy (FAP), along with an application for financial assistance, can be found at [CHKD.org/FinancialAssistance](http://CHKD.org/FinancialAssistance). Paper copies are available at any patient registration area in a CHKD hospital facility and at the office of the health benefits analyst. Paper copies are also available free of charge by mail, email or fax upon request.

Requests by phone: 757-668-7141

Requests by email: [charitycare@chkd.org](mailto:charitycare@chkd.org)

Requests by fax: 757-668-9181

Requests by mail: Children's Hospital of The King's Daughters - PFS

ATTN: Health Benefits Analyst

601 Children's Lane

Norfolk, VA 23507

Patient families may apply for financial assistance by mailing a completed application, along with proof of household income, to the address above or by bringing the application and proof of household income to any patient registration area in a CHKD hospital facility. Patient families may also call or visit the health benefits analyst office at the address above for help with the financial assistance application process. Health benefits analysts are also available to screen patients and assist them in the medical assistance application process.

In the case of emergency, or other medically necessary healthcare services covered under the FAP, patients eligible under the hospital's FAP may not be charged more than the amount billed to individuals who have insurance coverage.

Translations of the FAP, the application for financial assistance and the FAP plain language summary are available in English and Spanish.

Patient families may be eligible to enter into (or renegotiate) a payment plan with CHKD, in accordance with CHKD's Payment Plan Policy.

### Resumen de la Política de Asistencia Financiera, (FAP)

#### en Lenguaje Sencillo

El hospital de niños, Children's Hospital of The King's Daughters (CHKD por sus siglas en inglés), tiene el compromiso de brindar atención médica a todos los pacientes, desde el nacimiento hasta la edad de los 21 años, independientemente de su situación económica.

Los servicios de atención médica están disponibles gratuitamente para los pacientes que tengan un ingreso familiar igual o menor al 175% del nivel de pobreza federal. Los pacientes con un ingreso familiar mayor al 175% y hasta el 400% del nivel de pobreza federal son elegibles para recibir un descuento a los cargos por los servicios de atención médica.

Vaya al <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> para ver las cifras actuales del nivel de pobreza federal publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

A las familias que soliciten asistencia se les va a pedir que presenten documentos que comprueben la necesidad financiera incluyendo declaraciones de impuestos, talones de pago, activos/bienes, el tamaño de la familia y prueba de residencia.

La Política de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés), al igual que la solicitud para asistencia financiera, están disponibles electrónicamente acudiendo a [CHKD.org/FinancialAssistance](http://CHKD.org/FinancialAssistance). Tenemos copias físicas de papel disponibles en cualquier área de registro para pacientes dentro de una localidad del hospital CHKD y en la oficina del analista de beneficios de salud. También tenemos copias físicas de papel disponibles gratuitamente por correo, por correo electrónico o por fax cuando usted lo solicite.

Para pedir la solicitud por teléfono: 757-668-7141

Para pedir la solicitud por correo electrónico (email): [charitycare@chkd.org](mailto:charitycare@chkd.org)

Para pedir la solicitud por facsímil (fax): 757-668-9181

Para pedir la solicitud por correo: Children's Hospital of The King's Daughters - PFS

ATTN: Health Benefits Analyst (Analista de Beneficios de Salud)

601 Children's Lane

Norfolk, VA 23507

Las familias de los pacientes pueden solicitar asistencia financiera enviando una solicitud completada, junto con el comprobante de ingreso familiar, a la dirección mencionada anteriormente o trayendo la solicitud y el comprobante de ingreso familiar a cualquier área de registro para pacientes dentro de una localidad del hospital CHKD. Las familias de los pacientes también pueden llamar o visitar la oficina del analista de beneficios de salud en la dirección mencionada anteriormente para recibir ayuda con el proceso de solicitud. También tenemos analistas de beneficios de salud disponibles para evaluar los pacientes y ayudarles con el proceso de solicitar asistencia médica.

En el caso de una emergencia, u otros servicios de atención médica que sean médicamente necesarios que estén cubiertos bajo la Política de Asistencia Financiera, (FAP), a los pacientes que son elegibles para recibir cobertura bajo la FAP del hospital no se les puede cobrar más de la cantidad que se les cobra a los individuos que tienen cobertura médica.

Tenemos traducciones disponibles en inglés y en español de: la Política de Asistencia Financiera (FAP), la solicitud para asistencia financiera y del resumen de la FAP en lenguaje sencillo.

Las familias de los pacientes pueden ser elegibles para establecer (o renegociar) un plan de pago con CHKD, conforme a la Política para Planes de Pago de CHKD.