



FORMA PARA ENVIAR POR FAX CON SU SOLICITUD AL
Programa Pediátrico para Control de Peso de Packard
Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor use esta hoja cuando envíe su solicitud por fax al Departamento de Asistencia Financiera para asegurarse que su solicitud sea procesada lo más pronto posible.

FECHA: _____ **TOTAL DE PÁGINAS:** (Incluyendo esta forma) _____

PARA: Patient Financial Advocacy Department

FAX #: (650) 493-8623

Phone #: (650) 498-7421

NOMBRE: _____

FAX #: _____ **Teléfono:** _____

RE: Solicitud de Asistencia Financiera para el **Programa Pediátrico para Control de Peso de Packard en Stanford**

MENSAJE: _____

Confidencialidad y Privacidad de los documentos: Esta forma y cualquier documento adicional enviado por este medio (fax) puede tener información confidencial y privada que ha sido enviada únicamente para disposición del destinatario. Si usted no es el destinatario, a usted se le está notificado que ha recibido esta comunicación por error y que cualquier dato que sea revisado, enseñado, enviado, distribuido o copiado de una manera parcial o en su totalidad está prohibido. Si usted ha recibido este documento por error, por favor notifíquelo a quien se lo envió de inmediato por teléfono al (650)498-7421 y destruya cualquier copia de este documento y de otros documentos adjuntos.

Patient Financial Advocacy Department

2690 Hanover Street

Palo Alto, Ca. 94304

Teléfono: (650) 498-7421



Programa Pediátrico Para el Control de Peso de Packard en Stanford Asistencia Financiera

Las familias que solicitan asistencia financiera deben de llenar una Solicitud de Asistencia Financiera y proveer comprobante de ingresos al Departamento de Asistencia Financiera (The Patient Financial Advocacy Department). El comprobante de ingresos puede ser en la forma de los dos más recientes talones de pago de cada padre o del guardián legal o la última declaración de impuestos de la familia.

El Programa Pediátrico Para el Control de Peso de Packard tiene disponible una cantidad limitada de becas.

- Beca de Asistencia Parcial: Las familias que califican deberán pagar una cantidad reducida del costo total antes de comenzar el programa.
- Beca de Asistencia Completa: Las familias que califican deberán dejar un depósito antes de la primera sesión. Se le regresará ese depósito al tener una asistencia regular y completar toda la serie de sesiones del programa.

Cuando llene la solicitud para asistencia financiera trate de dar toda la información lo mejor posible. Si no cuenta con toda la información, por favor, use el área de comentarios que hay en la solicitud para explicar por qué no respondió ciertas preguntas.

La información siguiente debe de incluirse con su solicitud. Si usted no proporciona esta información, o no explica por qué no puede darla, podría retrasar el proceso de su solicitud y a la vez podría ocasionar que le fuera negada la beca:

- Muestre copias de los dos más recientes talones de pago O la última declaración de impuestos del solicitante y del otro -solicitante.

El Departamento de Asistencia Financiera hará su mejor esfuerzo en procesar su solicitud lo más pronto posible. Las solicitudes una vez completadas pueden ser enviadas por fax o por correo con la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Patient Financial Advocacy
2690 Hanover Street Palo Alto, Ca. 94304
Teléfono: (650) 498-7421
Fax: (650) 493-8623



(PACKARD PEDIATRIC WEIGHT CONTROL PROGRAM)
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

FECHA DE SOLICITUD: _____

1. INFORMACIÓN DEL MENOR -POR FAVOR, ESCRIBA TODO EN LETRA MAYÚSCULA				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PADRE, GUARDIAN O TUTOR LEGAL)				
RELACIÓN CON EL MENOR: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro _____				
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado/Pareja en Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero				
Apellido	Nombre	Inicial	Número del Seguro Social	
Fecha de nacimiento	¿Cuántas personas dependen de usted?	Edad de esas personas	Teléfono de casa	
Dirección (no se admite apartado postal O PO Box)	Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Empleo Actual	Dirección, Ciudad, Estado		Puesto que ocupa usted	
<ul style="list-style-type: none"> • Si no trabaja en este momento, ¿desde cuándo está desempleado? 				

3. INFORMACIÓN DEL OTRO-SOLICITANTE(El Otro Padre o Guardián Legal si vive en el mismo hogar)				
RELACIÓN CON EL MENOR: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro _____				
Apellido	Nombre	Inicial	Número del Seguro Social	
Fecha de nacimiento	¿Cuántas personas dependen de usted?	Edad de esas personas	Teléfono de casa	
Dirección (no se admite apartado postal O PO Box)	Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Empleo Actual	Dirección, Ciudad, Estado		Puesto que ocupa usted	
<ul style="list-style-type: none"> • Si no trabaja en la actualidad, ¿desde cuándo está desempleado? 				

SHC/LPCH FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

4. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS (SE REQUIERE COMPROBANTE)

Fuente de Ingresos <u>Mensual</u>	Solicitante (Padre o Guardián)	Otro-solicitante (El otro Padre o Guardián)	Ingreso Mensual Combinado
Sueldo o Ingreso de trabajo	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Pensión por Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Pensión Alimenticia Cónyuge / Hijos	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler de propiedad	\$	\$	\$
Ingresos por Inversión	\$	\$	\$
Otro[s] (utilice estos espacios)	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Total del Ingreso Mensual Combinado \$

DESEMPLEO: Si no dispone de ingresos mensuales, por favor explique, cómo hace frente a sus gastos mensuales:

5. CAPITAL

<u>Cuentas corrientes: de cheques /de inversión/de ahorros</u>		****Indique los ahorros de los que dispone.	
Nombre del Banco	Sucursal/Dirección	Número de cuenta	Balance actual
1.			\$
2.			\$
3.			\$

6. GASTOS MENSUALES (APROXIMADO)

<u>Gastos Mensuales</u>	<u>Pago Mensual</u>	<u>Gastos Mensuales</u>	<u>Pago Mensual</u>
Pago de Hipoteca/ Renta de casa	\$	Seguro de Automóvil	\$
Impuestos de la Propiedad (si no están incluidos en la hipoteca)	\$	Gastos de Gasolina	\$
Seguro del Hogar (si no está incluido en la hipoteca)	\$	Retención de Salario	\$
Gastos del Hogar (Electricidad, Gas, Agua, Basura, Reciclaje, etc.)	\$	<u>Otros Gastos Mensuales</u>	\$
Alimentos	\$		\$
Teléfono (de casa o celular)	\$		\$
Pensión Alimenticia para los Hijos	\$		\$
Pensión Alimenticia para el Esposo o la Esposa	\$		\$
Guardería	\$		\$
Tarjetas de Crédito	\$		\$
Cuota de Seguro Médico	\$		\$
Gastos Médicos / Dentales o de Recetas no cubiertos por el Seguro Médico	\$		\$
Pago del Automóvil	\$	Total de los Pagos Mensuales	\$

7. COMENTARIOS ADICIONALES – SI NECESITA MÁS ESPACIO, UTILICE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA

Empty space for additional comments.

8. FIRMA

Certifico que toda la información es verdadera y completa y autorizo al Hospital y Clínicas de Stanford/Hospital de Niños Lucile Packard a solicitar un informe de crédito y/o verificar la información facilitada según se considere necesario.

**Firma del Solicitante
(Padre o Guardián Legal)**

Fecha

**Firma Otro -solicitante (Otro
Padre o Guardián Legal)**

Fecha

IMPORTANTE RECORDATORIO:

Envíe la solicitud completa a:

Por favor incluya Comprobante de sus Ingresos ya sean los dos más recientes talones de pago O su última declaración de impuestos.

**SHC/LPCH Patient Financial Advocates
Patient Financial Services
2690 Hanover Street
Palo Alto, Ca. 94304**

Si usted no puede facilitarnos el comprobante de sus ingresos, por favor explique el por qué no en **Comentarios Adicionales**.

O envíela por fax al: (650) 493-8623