

Estimados Padres o Guardianes:

Gracias por elegir a Connecticut Children's para las necesidades de cuidado médico de su niño.

Para solicitar asistencia financiera, envíe la solicitud completa y toda la información adicional. Verificación de ingreso es **requerido** para poder procesar la aplicación.

Verificación de ingreso puede incluir:

- Declaraciones de impuestos federales (1040) del año pasado.
- W-2
- Un mes de recibos de sueldo (las 4 últimas semanas si le pagan semanalmente/ Los últimos 2 si le pagan quincenalmente)
- Carta de apoyo económico de la persona que lo apoya económicamente a usted y su familia
- Carta de prueba Salario de Desempleo
- Declaración de Manutención/Pensión
- Declaración de Seguro Social/SSI

Nuestros Asesores Financieros están disponibles en caso de que necesite ayuda con el proceso.

Teléfono: 860-545-8086

Texto: 860-891-2726

Fax: 860-545-9057

Correo electrónico: FinCounselors@connecticutchildrens.org

Ubicación: 282 Washington St. – 2C | Hartford, CT

Envíe la solicitud completa y documentación de respaldo al correo electrónico indicado arriba. Confirmaremos el recibo y le notificaremos los próximos pasos dentro de las 72 horas hábiles de oficina.

Atentamente,

El Equipo de Asesoramiento Financiero de Connecticut Children's

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente:	Nombre del Garante:
Número de Expediente Medico:	Número del Garante:
Fecha de Nacimiento del Paciente:	Fecha de Nacimiento de Garante:
Dirección: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Dirección: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Tamaño de Familia – Incluyendo los padres/ Guardianes, padrastros y hermanos y dependientes (Debe poder proporcionar prueba de dependencia si le solicita)		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Total de personas en el hogar		

Información de Ingresos – Incluya todas las fuentes de ingreso de todos en el hogar. (Incluya todo ingreso proveniente de empleo, manutención, Seguro Social SSI, Desempleo, etc. Envíe todo los comprobantes de ingreso reportado a continuación junto con esta aplicación).			
Nombre	Fuente de Ingreso	Cantidad	Frecuencia
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
Total		\$	

Se rechazarán las solicitudes incompletas -fraudulentas

Al completar este estado financiero, por lo presente afirmo que las declaraciones anteriores son correctas y completas, y doy mi consentimiento para que CT Children's o sus representantes realicen una verificación adicional.

Firma / Fecha: _____ / _____

Relación con el paciente: _____