Instituto Kennedy Krieger (KKI)
Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos
Información sobre la solicitud

El Instituto Kennedy Krieger ofrece un programa de asistencia para los pacientes y las familias que, por sus ingresos o situación económica, no tienen los medios necesarios para pagar por servicios médicos que se consideran indispensables. Los pacientes adultos y menores que vivan fuera de Estados Unidos no podrán solicitar la asistencia. El programa de asistencia se ofrece a todos los pacientes, independientemente de su situación migratoria.

Los requisitos que debe reunir el solicitante para acogerse al programa son:

Para recibir el subsidio por insolvencia MEDICAL INDIGENCY	Para recibir el subsidio por ingresos reducidos CATASTROPHIC ASSISTANCE
❑ Que sea beneficiario de un programa de asistencia social, como WIC, SNAP, etc. O ❑ Que el ingreso familiar sea inferior al 400 % del índice nacional de pobreza.	❑ Que el ingreso personal o familiar sea superior al 400 % del índice nacional de pobreza. ❑ Que los gastos médicos superen el ingreso personal o familiar en más del 60 %.

Pasos para diligenciar la solicitud:

1. Llene la solicitud aquí incluida.
    a. Anexe los documentos que se indican en la lista de verificación.
2. Envíe por correo postal la solicitud, los documentos necesarios y la lista de verificación, o entregue todo en el:
    Departamento de Contaduría (*Patient Accounting*)
    1741 Ashland Ave., 6.º piso Baltimore, MD 21205

3. El personal estudiará la solicitud y le enviará uno de los siguientes documentos:
    a. Si reúne los requisitos para acogerse al programa, se le enviará una carta en la que se le indicará el descuento otorgado.
    b. Si no reúne los requisitos para acogerse al programa, se le enviará una notificación en la que se le indicará que se le ha denegado la asistencia.
    c. Si envía una solicitud incompleta, se le enviará una carta en la que se le indicará la información o los documentos que faltan. Usted debe enviar o presentar dicha información en un plazo máximo de 30 días, a partir de la fecha de la carta.
4. Si necesita ayuda para diligenciar la solicitud, llámenos al 443-923-1870.

Instituto Kennedy Krieger (KKI)

Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos

Lista de verificación

Marque cada punto conforme lo vaya terminando.

Solicitud

- ❑ Llenar y firmar la solicitud.

Documentos necesarios para solicitar el subsidio por insolvencia (*medical indigency*, en inglés)

- ❑ Comprobante de participación en uno de los programas de asistencia social (WIC, SNAP, etc.), si procede.
- ❑ Copia de las tarjetas del seguro médico.

O

- ❑ Copia de la declaración de renta del año anterior; si el paciente está casado, pero hace la declaración de manera independiente, se deben presentar las declaraciones de ambos cónyuges.
- ❑ Copia de los tres (3) últimos pagos del sueldo, una carta del empleador o la constancia del subsidio de desempleo (*unemployment*).
- ❑ Copia de la carta o comprobante en que se indique la prestación asistencial otorgada por el seguro social, si procede.
- ❑ Copia de las tarjetas del seguro médico.

Documentos necesarios para solicitar el subsidio por ingresos reducidos (*catastrophic assistance*, en inglés)

- ❑ Copia de la declaración de renta del año anterior; si el paciente está casado, pero hace la declaración de manera independiente, se deben presentar las declaraciones de ambos cónyuges.
- ❑ Copia de los tres (3) últimos pagos del sueldo, una carta del empleador o la constancia del subsidio de desempleo (*unemployment*).
- ❑ Copia de la carta o comprobante en que se indique la prestación asistencial otorgada por el seguro social, si procede.
- ❑ Copia de las tarjetas del seguro médico.
- ❑ Copia de las facturas por servicios médicos prestados fuera del Instituto Kennedy Krieger.

Número de familiares	Descuentos del subsidio por insolvencia según el ingreso personal o familiar				
1	$0 - $29,160	$29,161-$36,450	$36,451-$43,740	$43,741-$51,030	$51,031-$58,320
2	$0 - $39,440	$39,441-$49,300	$49,301-$59,160	$59,161-$69,020	$69,021-$78,880
3	$0 -$49,720	$49,721-$62,150	$62,151-$74,580	$74,581-$87,010	$87,011-$99,440
4	$0 - $60,000	$60,001-$75,000	$75,001-$90,000	$90,001-$105,000	$105,001-$120,000
5	$0 - $70,280	$70,281-$87,850	$87,851-$105,420	$105,421-$122,990	$122,991-$140,560
6	$0 - $80,560	$80,561-$100,700	$100,701-$120,840	$120,841-$140,980	$140,981-$161,120
7	$0 - $90,840	$90,841-$113,550	$113,551-$136,260	$136,261-$158,970	$158,971-$181,680
8	$0 - $101,120	$101,121-$126,400	$126,401-$151,680	$151,681-$176,960	$176,961-$202,240
% de descuento otorgado	100%	80%	60%	40%	20%

Actualizado en diciembre de 2023

Instituto Kennedy Krieger (KKI)

Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos

Fecha de la solicitud			
Información del solicitante			
Nombre completo		Fecha de nacimiento	
Relación con el paciente		No. del seguro social	
Domicilio			
Correo electrónico		Número de teléfono	
Datos sobre el ingreso personal o familiar			
Ingreso anual		Ingreso mensual	
Si desea solicitar el subsidio por ingresos reducidos, indique lo que debe por gastos médicos			
Familiares que viven con el solicitante			
Nombre completo	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	¿Es paciente del KKI?
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No

Preguntas adicionales Sus respuestas nos permitirán identificar si reúne los requisitos para acogerse a otros programas asistenciales.	
¿Necesita el paciente los servicios médicos a causa de un accidente? Si respondió que sí, indique el tipo de accidente y la fecha en que se produjo. _____	Sí No
¿Necesita el paciente los servicios médicos porque ha sido víctima de un delito?	Sí No
¿Tienen el paciente o el solicitante seguro médico? Envíe una copia de los seguros.	Sí No
¿Tiene el solicitante una cuenta de ahorros o una cuenta para gastos médicos o gastos flexibles mediante su empleador? De ser así, cuánto tiene disponible para el año:_____	Sí No
¿Han sido el solicitante o su cónyuge miembros de las fuerzas armadas estadounidenses?	Sí No
¿Se ha solicitado Medicaid a nombre del paciente o del solicitante en los últimos 6 meses?	Sí No
¿Están o estarán el paciente o el solicitante incapacitados para trabajar por una discapacidad física o intelectual? De ser así, durante cuántos meses: _____	Sí No
¿Se ha solicitado el subsidio de incapacidad (SSD) a nombre del paciente o del solicitante? De ser así, en qué fecha se solicitó: _____	Sí No
¿Recibe el paciente o el solicitante ayudas públicas (p. ej. asistencia para la compra de alimentos)? De ser así, cuánto es el monto de la ayuda mensual: _____	Sí No

Actualizado en diciembre de 2023