

Kennedy Krieger Institute

Solicitud de asistencia financiera

Información para la solicitud

Kennedy Krieger Institute proporciona asistencia financiera para atención médicamente necesaria a personas y familias elegibles en una escala fluctuante, según la necesidad financiera.

Criterios de elegibilidad:

INDIGENCIA MÉDICA	ASISTENCIA CATASTRÓFICA
<input type="checkbox"/> Residente de Maryland	<input type="checkbox"/> Residente de Maryland
<input type="checkbox"/> Ingreso familiar inferior al 400 % de las Pautas federales de pobreza	<input type="checkbox"/> Ingreso familiar superior al 400 % de las Pautas federales de pobreza
<input type="checkbox"/> Personas a las que se les han denegado los programas de asistencia gubernamentales, como Medicaid, Medicare o el Programa de Salud para los Niños de Maryland (Maryland Children's Health Program, MCHP)	<input type="checkbox"/> Facturas médicas superiores al 60 % del ingreso

Proceso de la solicitud:

1. Complete la solicitud que se incluye en este paquete.
 - a. Incluya la documentación de respaldo que figura en la lista de verificación del paquete.
2. Envíe su solicitud y la documentación de respaldo, incluida la lista de verificación, por correo o mediante entrega a la siguiente dirección:

Patient Accounting 1741
Ashland Ave., 6th Floor
Baltimore, MD 21213
3. Su solicitud se revisará y usted recibirá uno de los siguientes:
 - a. Si cumple con los criterios de elegibilidad, recibirá una carta en la cual se indicará el monto adjudicado.
 - b. Si no cumple con los criterios de elegibilidad, recibirá una notificación en la cual se indicará que usted no califica para la asistencia financiera.
 - c. Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta en la cual se le indicará qué documentación o información sería necesaria para que la solicitud se considere completa. La documentación faltante debe presentarse en un período de 30 días a partir de la fecha de la carta.
4. Puede comunicarse con nosotros para solicitar ayuda con el proceso de la solicitud al llamar al 443-923-1870.

Kennedy Krieger Institute

Solicitud de asistencia financiera

Lista de verificación de la documentación

Solicitud

- Paquete de solicitud

Documentación requerida para la indigencia médica

- Copia de la declaración de impuestos federales del último año. Si está casado y realiza la presentación por separado, incluya copias de ambas declaraciones.
- Copia de sus últimos 3 recibos de sueldo, una carta del empleador o un comprobante de la condición de desempleo.
- Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social, si corresponde.
- Copia de la carta de determinación de asistencia médica o del Seguro Social si el ingreso familiar es inferior al 200 % de las Pautas federales de pobreza (ver a continuación).
- Comprobante de que es residente de Maryland si esto no figura en la declaración de impuestos (p. ej., factura de servicios, copia de la licencia de conducir).
- Copias de todas las tarjetas de seguro de salud.

Documentación requerida para la asistencia catastrófica

- Copia de la declaración de impuestos del último año. Si está casado y realiza la presentación por separado, incluya copias de ambas declaraciones.
- Copia de sus últimos 3 recibos de sueldo, una carta del empleador o un comprobante de la condición de desempleo.
- Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social (si corresponde).
- Comprobante de que es residente de Maryland si esto no figura en la declaración de impuestos (p. ej., factura de servicios, copia de la licencia de conducir).
- Copias de todas las tarjetas de seguro de salud.
- Copias de facturas de salud que no pertenezcan a Kennedy Krieger Institute.

Cantidad de integrantes de la familia	Requisitos de Ingresos para la indigencia médica				
	\$0 - \$16,752	\$16,753 - \$33,504	\$33,505 - \$38,504	\$38,505 - \$43,504	\$43,505 - \$49,960
1	\$0 - \$16,752	\$16,753 - \$33,504	\$33,505 - \$38,504	\$38,505 - \$43,504	\$43,505 - \$49,960
2	\$0 - \$22,716	\$22,717 - \$45,432	\$45,433 - \$55,432	\$55,433 - \$65,432	\$65,433 - \$67,640
3	\$0 - \$28,680	\$28,681 - \$57,360	\$46,778 - \$58,471	\$67,361 - \$77,360	\$77,361 - \$85,320
4	\$0 - \$34,632	\$34,633 - \$69,264	\$69,265 - \$79,264	\$79,265 - \$89,264	\$89,265 - \$103,000
5	\$0 - \$40,596	\$40,597 - \$81,192	\$81,193 - \$91,192	\$91,193 - \$101,192	\$101,193 - \$120,680
6	\$0 - \$46,560	\$46,561 - \$93,120	\$93,121 - \$103,120	\$103,121 - \$113,120	\$113,121 - \$138,360
7	\$0 - \$52,524	\$52,525 - \$105,048	\$105,049 - \$115,048	\$115,049 - \$125,048	\$125,049 - \$156,040
8	\$0 - \$58,488	\$58,489 - \$116,976	\$116,977 - \$126,976	\$126,977 - \$136,976	\$136,977 - \$173,720
Descuento	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %

Kennedy Krieger Institute

Solicitud de asistencia financiera

Fecha de la solicitud			
Información del garante			
Nombre		Fecha de nacimiento	
Relación con el paciente		Número de Seguro Social	
Dirección postal			
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono	
Información sobre el hogar			
Ingreso anual		Ingreso mensual	
Solo en el caso de la asistencia catastrófica, indicar el total de las facturas médicas impagas.			
Familiares que viven en el hogar			
Nombre	Relación con el garante	Fecha de nacimiento	¿Es paciente de KKI?
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
Preguntas adicionales			
Responda para que podamos identificar otras fuentes de asistencia.			
¿Es la atención médica necesaria debido a un accidente? Si la respuesta es Sí, indique la fecha y el tipo de accidente. _____			Sí No
¿El paciente solicita atención médica porque ha sido víctima de un crimen?			Sí No
¿Tiene actualmente un seguro de salud? Incluya copias de todas las tarjetas del seguro.			Sí No
¿Tiene una cuenta de salud/flexible/de gastos de consumo o de ahorro? De ser así, ¿cuánto hay disponible para el año aplicable? _____			Sí No
¿Alguna vez usted o su cónyuge han prestado servicios para el ejército de los EE. UU.?			Sí No
¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 6 meses?			Sí No
¿Está incapacitado para trabajar o lo estará debido a una discapacidad física o mental? Si la respuesta es Sí, ¿durante cuántos meses? _____			Sí No
¿Ha solicitado un Seguro Social por incapacidad? Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____			Sí No
¿Recibe ayuda estatal o gubernamental (p. ej., ayuda alimentaria)? Si la respuesta es Sí, indique el monto del beneficio mensual. _____			Sí No