



Stanford
Children's Health

Lucile Packard
Children's Hospital
Stanford

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:

LPCH Patient Financial Advocacy
4700 Bohannon Drive, 2nd Floor
Menlo Park, CA 94025
Phone: (650)498-7003 **Fax: (650) 497-8610**
Email: PFA@Stanfordchildrens.org



**Programa Pediátrico Para el Control de Peso de Packard en Stanford
 Asistencia 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: Padre/Madre Otro _____

ESTADO CIVIL: Casado/Pareja en Unión Libre Divorciado Separado 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
---------------	---------------------------	------------------------

• 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: Padre/Madre 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
---------------	---------------------------	------------------------

• Si no trabaja en la actualidad, ¿desde cuándo está desempleado?

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 box 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.

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

**Patient Financial Assistance
Stanford Children's Health
4700 Bohannon Drive, 2nd Floor
Menlo Park, CA 94025
Phone: (650) 498-7003
O envíela por fax al: (650) 497-8610
Email: PFA@Stanfordchildrens.org**