

Programa de asistencia financiera de Nemours (NFAP, por sus siglas en inglés) 2

- d. Una determinación de elegibilidad, cuando se haya obtenido información verbal o cuando la familia no haya proporcionado información suficiente para evaluar plenamente todos los criterios, puede estar respaldada por fuentes de datos públicas externas que estén disponibles, como organizaciones de calificación crediticia, que proporcionen información sobre la capacidad de pago. La información obtenida de tales fuentes se documentará

Documento adjunto 1

The Nemours Foundation

Programa de asistencia financiera de Nemours

Pacientes sin seguro

Pautas financieras

Tamaño de la familia	FPL <250% Descuento del 100%	FPL <300% Descuento del 80%
	\$37,650	\$45,180
		\$61,320
3	\$64,550	\$77,460
	\$78,000	\$93,600
		\$109,740
6		\$125,880
7	\$118,350	
8	\$131,800	\$158,160

FPL = Índice Federal de Pobreza

Fuente: [aspe.hhs.gov](https://www.aspe.hhs.gov): 24 de enero de 2024

Documento adjunto 2

Solicitud del Programa de asistencia financiera de Nemours

TIPO DE SOLICITUD:

Nueva Renovación Último vencimiento:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar: _____ Otro teléfono: _____

Nombre de hermano(a) 1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de hermano(a) 2: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE/SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Número de seguro social: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cantidad de exenciones: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar: _____ Otro teléfono: _____

Ingresos: \$ _____

d

INFORMACIÓN DEL GARANTE/SOLICITANTE (CONTINUACIÓN)

Nombre del cosolicitante:

Número de seguro social:

Vínculo con el paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono del hogar:

Otro teléfono:

Ingresos: \$ _____

Una vez por semana

Dos veces por semana

Dos veces por mes

Una vez por mes

Otros ingresos: \$

Pensión alimenticia/Manutención infantil

Seguro Social

Otro

Empleador:

Teléfono:

Dirección del empleador:

A mi leal saber y entender, certifico que la información descrita anteriormente es fiel y precisa.

Entiendo que esta solicitud se hace a Nemours Children's para determinar mi elegibilidad a fin de recibir asistencia financiera conforme al Programa de asistencia financiera de Nemours (NFAP, por sus siglas en inglés).

Entiendo que Nemours Children's podrá verificar la totalidad o una parte de la información proporcionada anteriormente. Asimismo, acepto mantener mi cuenta al día y libre de deuda. Si mi

Si durante la revisión y el procesamiento de mi solicitud se determina que soy elegible para recibir asistencia a través de los programas federales o estatales, acepto cumplir con todos los requisitos razonables que sean necesarios para participar en dichos programas; asimismo, debo notificar de inmediato a Nemours sobre dicha elegibilidad.

Acepto proporcionar toda la información solicitada para procesar mi solicitud en un plazo de 15 días a partir de la solicitud. Entiendo que no hacerlo podría retrasar la decisión sobre mi solicitud o ser motivo para quedar fuera del NFAP. Además, entiendo que el hecho de no completar la solicitud dentro de un plazo de 30 días y no comunicarme con el defensor financiero para pedir una extensión implicará el inicio de una nueva solicitud.

Solicitante:

Cosolicitante:

Fecha:

Defensor financiero:

Fecha: