

# 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 insolventia MEDICAL INDIGENCY	Para recibir el subsidio por ingresos reducidos CATASTROPHIC ASSISTANCE
<input type="checkbox"/> Que sea beneficiario de un programa de asistencia social, como WIC, SNAP, etc.	<input type="checkbox"/> Que el ingreso personal o familiar sea superior al 400 % del índice nacional de pobreza.
<input type="checkbox"/> Que le hayan denegado el Medicaid, el Medicare, el MCHP u otras prestaciones públicas asistenciales.	<input type="checkbox"/> Que los gastos médicos superen el ingreso personal o familiar en más del 60 %.
<input type="checkbox"/> O	
<input type="checkbox"/> Que el ingreso familiar sea inferior al 400 % del índice nacional de pobreza.	
<input type="checkbox"/> Que le hayan denegado el Medicaid, el Medicare, el MCHP u otras prestaciones públicas asistenciales.	

**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  
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 la carta de denegación de Medicaid o del seguro social, si el ingreso personal o familiar es inferior al 200 % del índice nacional de pobreza (consulte la tabla a continuación).
- Copia de las tarjetas del seguro médico.

○

- 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 la carta de denegación de Medicaid o del seguro social, si el ingreso personal o familiar es inferior al 200 % del índice nacional de pobreza (consulte la tabla a continuación).
- 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 - \$27,180	\$27,181-\$33,975	\$33,976-\$40,770	\$40,771-\$47,565	\$47,566-\$54,360
2	\$0 - \$36,620	\$36,621-\$45,775	\$45,776-\$54,930	\$54,931-\$64,085	\$64,086-\$73,240
3	\$0 - \$46,060	\$46,061-\$57,575	\$57,576-\$69,090	\$69,091-\$80,605	\$80,606-\$92,120
4	\$0 - \$55,500	\$55,501-\$69,375	\$69,376-\$83,250	\$83,251-\$97,125	\$97,126-\$111,000
5	\$0 - \$64,940	\$64,941-\$81,175	\$81,176-\$97,410	\$97,411-\$113,645	\$113,646-\$129,880
6	\$0 - \$74,380	\$74,381-\$92,975	\$92,976-\$111,570	\$111,571-\$130,165	\$130,166-\$148,760
7	\$0 - \$83,820	\$83,821-\$104,775	\$104,776-\$125,730	\$125,731-\$146,685	\$146,686-\$167,640
8	\$0 - \$93,260	\$93,261-\$116,575	\$116,576-\$139,890	\$139,891-\$163,205	\$163,206-\$186,520
% de descuento que se otorga	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %

\* Se trata de los familiares que viven con el paciente en el mismo hogar.

Actualizado en febrero de 2022

**Instituto Kennedy Krieger (KKI)**  
**Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos**

<b>Fecha de la solicitud</b>			
<b>Información del solicitante</b>			
<b>Nombre completo</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Relación con el paciente</b>		<b>No. del seguro social</b>	
<b>Domicilio</b>			
<b>Correo electrónico</b>		<b>Número de teléfono</b>	
<b>Datos sobre el ingreso personal o familiar</b>			
<b>Ingreso anual</b>		<b>Ingreso mensual</b>	
<b>Si desea solicitar el subsidio por ingresos reducidos, indique lo que debe por gastos médicos</b>			
<b>Familiares que viven con el solicitante</b>			
<b>Nombre completo</b>	<b>Relación con el solicitante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Es paciente del KKI?</b>
			Sí    No
			Sí    No
			Sí    No
			Sí    No
			Sí    No
<b>Preguntas adicionales</b>			
<b>Sus respuestas nos permitirán identificar si reúne los requisitos para acogerse a otros programas asistenciales.</b>			
<b>¿Necesita el paciente los servicios médicos a causa de un accidente?</b> Si respondió que sí, indique el tipo de accidente y la fecha en que se produjo. _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Necesita el paciente los servicios médicos porque ha sido víctima de un delito?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Tienen el paciente o el solicitante seguro médico?</b> Envíe una copia de los seguros.		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Tiene el solicitante una cuenta de ahorros o una cuenta para gastos médicos o gastos flexibles mediante su empleador?</b> De ser así, cuánto tiene disponible para el año: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Han sido el solicitante o su cónyuge miembros de las fuerzas armadas estadounidenses?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Se ha solicitado Medicaid a nombre del paciente o del solicitante en los últimos 6 meses?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Están o estarán el paciente o el solicitante incapacitados para trabajar por una discapacidad física o intelectual?</b> De ser así, durante cuántos meses: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Se ha solicitado el subsidio de incapacidad (SSD) a nombre del paciente o del solicitante?</b> De ser así, en qué fecha se solicitó: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Recibe el paciente o el solicitante ayudas públicas</b> (p. ej. asistencia para la compra de alimentos)? De ser así, cuánto es el monto de la ayuda mensual: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>

*Actualizado en febrero de 2022*