

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham

Imprima e preencha todas as seções da aplicação que se apliquem a você. **Esta aplicação não pode ser preenchida eletronicamente.** Leia todas as instruções antes de preencher a aplicação.

Esta aplicação é usada para avaliar sua elegibilidade para obter assistência financeira de contas médicas dos provedores do Mass General Brigham. Você pode usar esta aplicação para se candidatar para obter ajuda com contas de assistência à saúde de quaisquer das seguintes entidades do Mass General Brigham:

Massachusetts General Hospital [Hospital Geral de Massachusetts]	Organização de Médicos Gerais de Massachusetts
Brigham & Women's Hospital [Hospital Brigham e da Mulher]	Organização de Médicos do Brigham e da Mulher
Salem Hospital	Grupo de Médicos de North Shore
Newton-Wellesley Hospital	Grupo de Médicos Newton-Wellesley
Brigham and Women's Faulkner Hospital [Hospital Brigham e Faulkner da Mulher]	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear [Olhos e Ouvidos Massachusetts]	Associados Olhos e Ouvidos Massachusetts
Nantucket Cottage Hospital	Grupo de Médicos de Nantucket Cottage
Cooley-Dickinson Hospital	Grupo de Médicos Cooley-Dickinson
Reabilitação Spaulding	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Associados de Saúde de Wentworth

A Assistência Financeira do Mass General Brigham não é considerada um substituto para cadastramento em nenhum programa de seguro de saúde ou plano de assistência disponível. Enquanto o programa abrange todos os Serviços Medicamente Necessários, os descontos variam com base no tipo de serviços fornecidos e na localização que a assistência foi fornecida. Consulte a política completa em nosso site para obter os detalhes sobre o que está coberto. A seguir, uma lista parcial de serviços tipicamente excluídos.

- Negações fora de rede
- Cirurgia cosmética
- Serviços de infertilidade (ART & IVF)
- A maioria das assistências não-medicamente necessárias incluindo Serviços de desvio gástrico
- Itens de conveniência de paciente incluindo acomodações premium
- Serviços designados como "Apenas auto-pagamento"

Falha em se candidatar em um programa de assistência governamental em que você potencialmente se qualifica pode resultar em um atraso ou negação da sua aplicação. Se você precisa de ajuda para se candidatar em programas de assistência governamental, um de nossos Conselheiros Financeiros do Mass General Brigham pode ajudar.

Você deve divulgar totalmente qualquer outra cobertura, reivindicação de responsabilidade de terceiros, cobertura de veículo motorizado ou cobertura de remuneração de trabalhadores a serem consideradas.

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham

Se você tiver alguma dúvida sobre esta aplicação, entre em contato com os [Serviços Financeiros do Paciente](#) no seu hospital ou ligue para (617) 726-3884.

Lista de verificação da aplicação

- Preencha todas as seções aplicáveis da candidatura- uma seção indicará se pode ser deixada em branco.
- Inclui uma cópia da sua carteira de motorista, outra identificação de foto ou documentos que verificam sua residência atual. Qualquer coisa enviada deve incluir seu nome (Seção 1).
- Inclui algum formulário de verificação de renda (Seção 3 e Seção 4).
 - Inclui uma cópia de seu IRS 1040 ou 1040A mais recente
 - Se houve uma mudança recente na sua renda, inclui documentação como talões de cheque recentes (mínimo 4), declarações de desemprego, declarações de banco/investimento e/ou declarações do seguro social.
- Se a sua família está acima de 300% das Diretrizes de Pobreza de Renda Federal dos EUA (FPL), você também deve preencher a Seção 5. Você está acima de FPL de 300% se a sua renda está acima dos seguintes limites:

Tamanho da família	1	2	3	4	5
FPL 2020	US\$ 37,470	US\$ 50,730	US\$ 63,990	US\$ 77,250	US\$ 90,510

- Os ativos podem ser usados para determinar seu potencial em pagar sus contas médicas. Você vai precisar fornecer informações sobre seus ativos se qualquer um dos seguintes se aplicar a você (Seção 6):
 - Sua residência permanente está fora dos Estados Unidos
 - Você está solicitando um desconto para um serviço que é geralmente inelegível (por ex.: assistência relacionada não-emergencial, co-pagamentos, co-seguro e dedutíveis)
 - Você está solicitando um desconto no McLean Hospital, Partners HealthCare at Home [Assistência à saúde de parceiros em domicílio] ou uma instalação da Rede Sapulding.
- Retorne as aplicações preenchidas diretamente para um dos [Conselheiros Financeiros do Paciente PHS](#) OU envie uma correspondência por correio para:

Mass General Brigham
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Para assegurar revisão imediata de sua aplicação, preencha todas as seções a não ser que indicado de outra forma. O processamento da aplicação atrasará se as suas informações ou documentação estiverem incompletas.

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham**1. Informações básicas**

Preencha esta seção sobre o requerente. O requerente é o paciente ou a pessoa financeiramente responsável pelo paciente.

Documentação obrigatória: inclua a documentação que comprova a residência: carteira de motorista, outra identificação com foto ou documentos que comprovam sua residência atual. Qualquer coisa enviada deve incluir seu nome.

Último nome	Nome	Sobrenome
Data de nascimento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Números de telefone Residência: () Trabalho: () Celular: ()	Endereço para correspondência (inclui cidade, estado e código zip)	
Nome do paciente <i>(se diferente do requerente)</i>	Data de serviço do paciente (inclui localização onde os serviços foram fornecidos)	
Data de nascimento do paciente <i>(se diferente do requerente)</i>		
Número do registro médico do paciente (MRN) e Número da conta (declaração)		

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham
2. Informações da família

Se aplicável, liste o cônjuge do requerente e crianças abaixo de 19 anos que vivem com o requerente. Esta seção pode ser deixada em nulo, se o requerente não vive com um cônjuge ou criança.

Nome do membro da família	Relacionamento	Data de nascimento

3. Rendimento

Preencha esta seção sobre rendimento para requerente e cada membro do agregado familiar listado na Seção 2 que trabalha. **Liste a renda bruta, que é a renda sem impostos e deduções.** Esta seção pode ser deixada em branco se o requerente e seus membros do agregado familiar não têm nenhum rendimento.

Documentação obrigatória: Inclui documentação que verifica esta renda: holerites, impostos de renda, declarações W2, extratos bancários ou outro comprovante.

Nome do membro trabalhador da família	Nome e endereço do empregador	Quantia bruta recebida	Frequência <i>selecione um</i>	Apenas para uso da instalação
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham
4. Outra renda

Preencha esta seção sobre outra renda para o requerente e cada membro do agregado familiar listado na Seção 2 que recebe outra renda. Outra renda é dinheiro que você recebe que não vem de um empregador. **Liste a renda bruta, que é a renda sem impostos e deduções.** Esta seção pode ser deixada em branco se o requerente e seus membros do agregado familiar não têm nenhum outro rendimento.

Documentação obrigatória: Inclui documentação que verifica esta renda: holerites, impostos de renda, declarações W2, extratos bancários ou outro comprovante.

Tipo de renda	Membro(s) da família recebendo renda	Quantia bruta recebida	Frequência <i>circule um</i>	Apenas para uso da instalação
Desemprego			Semanal, mensal, anual	
Seguro social			Semanal, mensal, anual	
Benefícios de veterano			Semanal, mensal, anual	
Anuidades e pensões			Semanal, mensal, anual	
Suporte à criança e pensão alimentícia			Semanal, mensal, anual	
Renda de aluguel			Semanal, mensal, anual	
Remuneração de trabalhadores			Semanal, mensal, anual	
Renda de dividendos e juros			Semanal, mensal, anual	
Outro			Semanal, mensal, anual	

5. Outras despesas de Assistência à saúde

Esta seção pode não ser aplicável a você. Preencha esta seção apenas se a sua renda de família é acima de 300% das Diretrizes de Pobreza de Renda Federal (conforme destacado na página 2).

Se você está acima de 300% das Diretrizes de Pobreza de Renda Federal, você precisa listar as despesas de assistência à saúde de localizações não listadas na página 1 (por ex.: instalações que não são da Partners HealthCare). Esta seção pode ser deixada em branco se a sua renda familiar é inferior à 300% ou se você não tem despesas de assistência à saúde de instalações fora da Partners HealthCare. A documentação pode ser solicitada, mas não é obrigatória neste momento.

Despesas médicas	Quantia total	Frequência	Apenas para uso da instalação <i>Custo total</i>
Contas médicas		Semanal, mensal, anual	
Contas de farmácia		Semanal, mensal, anual	

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham**6. Informações de ativos**

Esta seção pode não ser aplicável a você. Preencha esta seção apenas SE:

- Sua residência permanente está fora dos Estados Unidos **OU**
- Você está solicitando um desconto para assistência relacionada não-emergencial, co-pagamentos, cosseguro ou dedutíveis. Os pacientes solicitando assistência financeira para assistência relacionada não-emergencial em uma entidade da Rede Spaulding ou McLean Hospital não precisa fornecer informações de ativos.

Esta seção pode ser deixada em branco se você não se encaixa em nenhuma das categorias listadas acima.

Documentação obrigatória: Inclui documentação que verifica esta renda: extratos bancários ou outro comprovante.

Você não precisa incluir sua residência primária (onde você vive)

Ativo	Proprietário(s)	Nome do banco ou empresa	Valor em dinheiro
Contas de economia			
Contas correntes			
Contas de Cooperativa de crédito			
Fundos fiduciários			
Estoques/títulos			
Contas de Mercado monetário			
Fundos mútuos			
Propriedade comercial ou de investimento			
Outro			

Aplicação de Assistência Financeira do Mass General Brigham**7. Autorização**

Leia esta seção cuidadosamente e assine na parte inferior.

Todas as informações nesta aplicação são verdadeiras ao melhor do meu conhecimento. Eu concordo em fornecer documentação adicional mediante solicitação. **Eu entendo que essas informações confidenciais não podem ser divulgadas em qualquer parte fora do Mass General Brigham sem minha aprovação prévia.**

Assinatura do requerente

Data

Se assinando em nome do requerente: Todas as informações nesta aplicação são verdadeiras ao melhor do meu conhecimento.

Assinatura do representante autorizado

Data

Nome do representante autorizado

Relacionamento com o requerente

Número de telefone de contato

Antes de enviar, certifique-se de que tenha preenchido todas as seções aplicáveis desta aplicação e que tenha incluído todos os documentos solicitados. As aplicações incompletas serão rejeitadas.