

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

Halaman Sampul Formulir Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates (Rekanan Mass Eye and Ear)
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Kepada Calon Pemohon:

Anda mungkin dapat memperoleh bantuan finansial dari Program Bantuan Finansial Mass General Brigham dan mungkin juga dari organisasi perawatan kesehatan lainnya

Cara Mengajukan Permohonan

Untuk mengetahui apakah Anda atau keluarga Anda memenuhi syarat, Anda harus mengisi formulir permohonan dan memberikan bukti pendapatan, dan salinan dokumen-dokumen berikut:

Dokumen yang wajib dilampirkan bersama permohonan Anda	Termasuk
1. Salinan lengkap Surat Pemberitahuan Pajak Penghasilan Federal (Formulir 1040) terbaru Anda dan semua lampiran pendukung, termasuk formulir W-2 tahun lalu ATAU jika Anda tidak mengajukan surat pemberitahuan pajak, silakan lihat pernyataan pengakuan di bawah ini ☐ Pernyataan Pengakuan Dengan mencentang kotak ini, saya mengakui dan menegaskan bahwa saya belum mengajukan pajak penghasilan federal atau negara bagian untuk tahun pajak terbaru. Saya memahami bahwa pernyataan ini dibuat dengan jujur dan sukarela. Tanda Tangan _____ Tanggal Tanda Tangan: _____	

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

2. Salinan tiga (3) slip gaji terakhir yang berurutan, terlepas dari siklus pembayaran, atau pernyataan dari pemberi kerja di atas kop surat perusahaan	
3. Jika Anda wiraswasta, laporan laba rugi 12 bulan (dari bulan berjalan) diperlukan; laporan pajak tahun lalu tidak akan dipertimbangkan	
4. Jika Anda tidak memiliki penghasilan, lihat Pernyataan Tanpa Penghasilan dan Dukungan di bawah ini, yang kami perlukan untuk memproses permohonan Anda. Silakan minta formulirnya	
5. Salinan tiga (3) laporan rekening bank terbaru (misalnya, tabungan, giro, pasar uang, IRA, 401K, dll.). Semua rekening dan SEMUA HALAMAN WAJIB DIBERIKAN (termasuk halaman kosong) <i>a. Jika Anda tidak memiliki rekening bank, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir Pernyataan Tidak Memiliki Rekening Bank, yang kami perlukan untuk memproses permohonan. Silakan minta formulirnya</i>	
6. Salinan bukti tunjangan pengangguran atau cacat (termasuk tanggal mulai)	
7. Salinan bukti tunjangan pensiun	
8. Salinan bukti pendapatan Jaminan Sosial (laporan tunjangan tahunan, salinan cek atau transfer langsung)	
9. Salinan Pemberitahuan Bantuan Pemerintah, termasuk Daftar Pengeluaran Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan & salinan surat penetapan alokasi Kupon Makanan. SEMUA HALAMAN DIPERLUKAN	
10. Salinan Asuransi Kompensasi Pekerja (cantumkan tanggal cedera). Ada harus sepenuhnya mengungkapkan pertanggungjawaban lain, klaim kewajiban pihak ketiga, pertanggungjawaban kendaraan bermotor, atau pertanggungjawaban kompensasi pekerja untuk dipertimbangkan.	
11. Salinan perjanjian nafkah anak, bukti pembayaran dengan frekuensi pembayaran, atau surat yang menunjukkan bukti pembayaran nafkah yang telah dibayarkan dan/atau diterima.	
12. Jika Anda sudah menikah tetapi telah berpisah dari pasangan Anda, salinan dokumen perceraian resmi Anda dari pengadilan diperlukan b. Jika Anda tidak melalui sistem pengadilan untuk perceraian Anda, Anda akan diminta untuk memberikan pernyataan perceraian yang telah dilegalisir dan/atau perjanjian sewa	
13. Apakah Anda memiliki asuransi gigi swasta? Jika ya, Anda tidak memenuhi kriteria kelayakan untuk Pusat Gigi Komunitas WHP. Anda harus mendaftar di praktik dokter gigi swasta. *NH Medicaid, DentaQuest, dan MaineCare diterima. Semua pasien diharapkan membayar biaya kunjungan sebesar \$35 pada saat pelayanan. - Biaya tambahan akan dikenakan untuk gigi palsu, gigi tiruan sebagian, dan layanan laboratorium lainnya. *Penduduk Massachusetts tidak memenuhi syarat untuk layanan gigi	
14. Persyaratan kualifikasi tambahan khusus untuk kelayakan mendapatkan layanan di WHP Community Dental Center: Tinggal di area layanan utama - yang meliputi: Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth, dan South Berwick ATAU berobat ke Dokter Umum atau Spesialis WHP.	

****KAMI DAPAT MEMBUAT SALINAN DOKUMENTASI YANG BERLAKU UNTUK ANDA ****

Dokumen TIDAK dikembalikan kepada pemohon; dokumen tersebut dipindai dan dimusnahkan secara aman.

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

Silakan gunakan daftar periksa ini untuk memastikan kami memiliki semua informasi yang dibutuhkan untuk memproses pengajuan Anda dengan cepat dan benar. Kami mungkin akan meminta informasi tambahan, jadi harap verifikasi bahwa informasi kontak yang Anda cantumkan sudah akurat.

Harap dicatat bahwa sebagian besar prosedur elektif tidak akan dipertimbangkan untuk mendapatkan bantuan, seperti;

- Bedah Kosmetik
- Fertilisasi In-Vitro (IVF)
- Terapi Reproduksi Lanjutan (ART)
- Layanan Bypass Lambung tanpa adanya kebutuhan medis oleh pembayar
- Hal-hal terkait studi penelitian
- Item Kenyamanan Pasien termasuk akomodasi premium dan akomodasi bermalam yang didasarkan atas permintaan pasien dan biasanya tidak ditanggung dalam skema asuransi kesehatan
- Layanan lain yang diperlukan secara non-medis yang ditagih sesuai dengan skema biaya pembayaran pribadi yang telah ditetapkan sebelumnya
- Program Residensial Inklusif yang tidak mengajukan klaim ke perusahaan asuransi kesehatan di McLean Hospital

Kegagalan mendaftar pada program pemerintah yang kemungkinan Anda memenuhi syarat dapat berakibat pada keterlambatan atau penolakan atas permohonan Anda. Jika Anda memerlukan bantuan dalam pendaftaran program bantuan pemerintah, salah satu Penasihat Finansial Mass General Brigham kami dapat membantu

Informasi yang Anda berikan bersifat rahasia.

Anda akan tetap bertanggung jawab secara finansial atas layanan apa pun yang Anda terima sampai kami mengetahui apakah Anda memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan. Untuk mencegah hal-hal yang tidak masuk ke tahap penagihan, skema pembayaran dapat diatur dengan Departemen Layanan Pelanggan di 617-726-3884.

Untuk memastikan tinjauan segera atas permohonan Anda, harap lengkapi seluruh bagian kecuali dinyatakan sebaliknya. Pemrosesan permohonan akan tertunda jika Anda melewatkan informasi atau dokumen yang diperlukan.

Jika Anda belum menerima kabar dari kami dalam waktu 30 hari setelah mengembalikan formulir permohonan, atau jika Anda membutuhkan bantuan untuk memahaminya, silakan hubungi Kantor Bantuan Finansial kami, dan salah satu perwakilan kami akan membantu Anda.

[Untuk melihat kebijakan Bantuan Finansial Mass General Brigham, klik tautan ini; Financial Assistance | Mass General Brigham](#)

Permohonan dapat dikirim melalui pos, email, atau faks:

Pasien Mass General Brigham;

Patient Billing Solutions

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, MA 02145-1462

Telepon 617-726-3884, Faks 857-282-5642

Alamat email; PHSFinancialApplication@MGB.org

Pasien Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners;

Kirim surat ke: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820

Secara langsung: 121 Broadway, Dover NH 03820

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL**Telepon 603-740-3234, Faks 603-740-3366****Alamat email; Charity.Care@WDHospital.org****PERMOHONAN BANTUAN FINANSIAL****1. Informasi Pasien:**

Nama Belakang	Nama Depan	Inisial Tengah	Nomor Jaminan Sosial	Tanggal Lahir
Alamat Jalan	Kota	Negara Bagian	Kode Pos	Lamanya Anda tinggal di alamat tersebut
Alamat Pos	Kota	Negara Bagian	Kode Pos	Lamanya Anda tinggal di alamat tersebut
Nomor Telepon	Alamat Email	Pilih yang sesuai:	☐ Lajang ☐ Berpisah ☐ Warga Negara AS	☐ Menikah ☐ Bercerai ☐ Penduduk NH ☐ Persatuan Sipil ☐ Janda/Duda

2. Orang yang Bertanggung Jawab untuk Membayar Tagihan

Nama Belakang	Nama Depan	Inisial Tengah	Hubungan dengan Pasien	Nomor Jaminan Sosial
Alamat jika Berbeda dari alamat Pasien	Nomor Telepon		Alamat Email	
Nama Perusahaan Asuransi (tercantum dalam Surat Pemberitahuan Pajak tahun sebelumnya)			Tanggal Berlaku	

3. **Harap cantumkan SEMUA orang yang tinggal serumah, termasuk pemohon: Gunakan lembar kertas tambahan jika diperlukan.

NAMA	HUBUNGAN DENGAN PASIEN	TANGGAL LAHIR	JAMINAN SOSIAL PRIBADI	NAMA DOKTER
1.	NOMOR			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Apakah ini untuk layanan Gigi? ☐ Ya ☐ Tidak**5. Harap isi formulir ini jika ada anggota keluarga Anda yang memiliki asuransi:**

Asuransi kesehatan (Paket>Nama) _____, Rekening tabungan kesehatan (centang) - ☐ Ya ☐ Tidak Siapa: _____

Nomor polis/ID# _____ Jumlah _____

Pengurangan: _____

Medicare Bagian A _____, Medicare Bagian B _____ Menerima bantuan untuk membayar Medicare Bagian B _____ Siapa? _____

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

6. Apakah ada anggota keluarga Anda yang mengajukan permohonan Medicaid? ☐ Ya ☐ Tidak

Siapa:_____ Jika Ya dan ditolak, harap berikan salinan pemberitahuan penolakan Medicaid.

7. Apakah Anda sudah mengajukan permohonan bantuan finansial di lembaga lain? ☐ Ya ☐ Tidak Jika ya, di mana:_____

8. Apakah ada anggota keluarga Anda yang sedang hamil? ☐ Ya ☐ Tidak

9. Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah bertugas di militer? ☐ Ya ☐ Tidak Siapa?_____

10. Apakah Anda baru-baru ini mengajukan klaim kompensasi pekerja atau klaim kecelakaan kendaraan bermotor? ☐ Ya ☐ Tidak Tanggal:_____

11. Apakah ada anggota keluarga Anda yang memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan Jaminan Sosial? ☐ Ya ☐ Tidak Siapa?_____

12. Apakah ada orang lain yang mencantumkan Anda dalam laporan pajak pendapatan mereka? ☐ Ya ☐ Tidak Siapa?_____

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

13. INFORMASI ANGGOTA KELUARGA	ORANG 1 (Pasien)	ORANG 2 (Pasangan/Dependen)	ORANG 3 (Dependen)
NAMA setiap anggota keluarga:			
Nama perusahaan:			
Pendapatan Bulanan Dari:			
Pekerjaan:	\$	\$	\$
Wiraswasta:	\$	\$	\$
Rekening Investasi:	\$	\$	\$
Sewa Properti:	\$	\$	\$
Tidak bekerja sejak _____ (Tanggal)	\$	\$	\$
Pensiun: (Jaminan sosial, Pensiun, Anuitas)	\$	\$	\$
Tunjangan/Pemeliharaan Anak:	\$	\$	\$
Bantuan Publik, Kupon Makanan:	\$	\$	\$
Pendapatan lainnya:	\$	\$	\$
Tabungan dan Investasi:			
Saldo Rekening Giro:	\$	\$	\$
Saldo Rekening Tabungan & Deposito	\$	\$	\$
IRAs, 403B, 401 K:			
Jelaskan: _____	\$	\$	\$
Tabungan dan Investasi Lainnya:			
Jelaskan: _____	\$	\$	\$
Lainnya:			
Otomotif: Tahun, Merek Model?			
Kendaraan Rekreasi: Tahun, Merek Model?			

14. PENGELUARAN ANGGOTA KELUARGA

Pembayaran Sewa Bulanan: \$ _____ atau Pembayaran Hipotek: \$ _____ Saldo Pinjaman Hipotek: \$ _____

Jumlah Pajak Properti Tidak Termasuk dalam Jumlah Pembayaran di Atas: \$ _____ Nilai Rumah: \$ _____

Apakah Anda Memiliki Properti Selain Tempat Tinggal Utama? ☐ Ya Jika Ya, Berapa nilainya? \$ _____ Saldo hipotek: \$ _____

Jika properti lainnya adalah bisnis, cantumkan alamatnya: _____

Pembayaran Pinjaman \$ _____ Dibayarkan kepada: _____ Untuk: _____

Potongan Medicare Bagian D dari cek Jaminan Sosial: ☐ Ya ☐ Tidak **Jumlah:** \$ _____

Utilitas	\$ _____	Asuransi (Otomotif/Jiwa/Properti)	\$ _____	Lainnya	\$ _____
Tunjangan/Pemeliharaan Anak	\$ _____	Asuransi Kesehatan	\$ _____	Lainnya	\$ _____
Kesehatan Anak	\$ _____	Tagihan Perawatan Kesehatan	\$ _____	Lainnya	\$ _____
Kebutuhan hidup (bensin,	\$ _____	Obat-obatan	\$ _____	Lainnya	\$ _____

PROGRAM BANTUAN FINANSIAL

15. PENGALIHAN HAK - *Baca dengan Cermat*

Apabila saya belum sepenuhnya mengungkapkan, atau telah memberikan keterangan yang tidak akurat, mengenai pendapatan atau aset apa pun, maka perjanjian untuk memberikan Anda potongan harga perawatan amal akan batal demi hukum dan berlaku retroaktif sejak tanggal tagihan tersebut jatuh tempo.

Semua anggota keluarga dewasa yang menandatangani di bawah ini mengizinkan pengungkapan informasi medis, finansial, atau pekerjaan apa pun yang berkaitan langsung dengan perawatan kesehatan mereka atau kelayakan bantuan finansial mereka. Informasi ini dapat diberikan kepada penyedia perawatan kesehatan mana pun yang telah memberikan layanan perawatan kesehatan atau bantuan finansial kepada anggota keluarga tersebut. Semua informasi yang diberikan akan tetap dirahasiakan sesuai dengan ketentuan peraturan federal HIPAA. Prosedur elektif mungkin tidak dipertimbangkan untuk mendapatkan bantuan.

Saya setuju bahwa saya akan mengembalikan seluruh dana bantuan finansial jika saya menerima pembayaran dalam bentuk apa pun untuk layanan medis yang tercakup dalam permohonan ini, misalnya pembayaran asuransi, pembayaran program pemerintah, putusan dari gugatan hukum, atau pembayaran lainnya.

Jika saya menerima Bantuan Finansial, saya setuju untuk memberi tahu organisasi tempat saya pertama kali mengajukan permohonan tentang perubahan apa pun yang dapat memengaruhi kelayakan, termasuk perubahan ukuran keluarga, pendapatan, dan cakupan asuransi kesehatan. Saya memahami bahwa jika kondisi kesehatan saya/kami berubah sehingga saya/kami mungkin memenuhi syarat untuk program bantuan publik, saya perlu mengajukan permohonan ke program tersebut dan memberikan bukti permohonan.

Tanda Tangan Pemohon

Tanggal

Tanda Tangan Pemohon Bersama

Tanggal

Tanda Tangan Tanggungan

Tanggal