

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**Folha de rosto do Pedido de assistência financeira
Mass General Brigham**

Massachusetts General Hospital	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	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

Prezado solicitante:

Você pode ser elegível a receber ajuda financeira do Programa de Assistência Financeira do Mass General Brigham e, possivelmente, de outras organizações de saúde.

Como solicitar

Para saber se você ou seu domicílio atendem aos requisitos, preencha o pedido e forneça comprovação de renda e cópias destes documentos:

Documentação necessária a ser anexada ao seu pedido	Incluído
1. Cópia completa da sua declaração de imposto de renda mais recente (formulário 1040) e todos os anexos comprobatórios, incluindo os formulários W-2 do ano anterior OU, se você não declara imposto de renda, leia o atestado de reconhecimento abaixo ☐ Atestado de reconhecimento Ao marcar esta opção, eu atesto e afirmo que não declarei imposto de renda estadual ou federal no ano fiscal mais recente. Eu entendo que esta declaração é feita de modo verdadeiro e voluntário. Assinatura _____ Data da assinatura: _____	

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

2. Cópia de três (3) contracheques consecutivos e mais recentes, independentemente do ciclo de pagamento, ou uma declaração do empregador em papel timbrado da empresa	
3. Se for autônomo, a declaração de lucros e perdas no período de 12 meses (a partir do mês corrente). A declaração de imposto de renda do ano anterior não será considerada	
4. Se não tiver renda, consulte a Declaração de Indivíduos sem Renda e Suporte abaixo, que exigimos para processar o seu pedido. Solicite o formulário	
5. Cópias de três (3) extratos bancários mais recentes (isto é, poupança, conta corrente, mercado financeiro, IRA, 401K, entre outros) Todas as contas e TODAS AS PÁGINAS SÃO EXIGIDAS (incluindo páginas em branco) <i>a. Se não tiver conta bancária, você será solicitado a assinar um formulário de Declaração de Indivíduo sem Conta Corrente, que exigimos para processamento. Solicite o formulário</i>	
6. Cópias de benefícios de seguro-desemprego ou invalidez (incluindo data de início)	
7. Cópias dos benefícios de pensão	
8. Cópia da renda proveniente da seguridade social (declarações anuais de benefícios, cópia de cheque ou depósito direto)	
9. Cópias de avisos de assistência governamental, incluindo Spend Down do Departamento de Saúde e Serviços Humanos e cópia da alocação de vale-alimentação, carta de decisão. TODAS AS PÁGINAS SÃO OBRIGATÓRIAS	
10. Cópia de indenização trabalhista (indicar a data da lesão). Você deve informar sem restrições qualquer outra cobertura, reivindicação de responsabilidade de terceiros, cobertura de veículo motorizado ou cobertura de indenização trabalhista a serem avaliadas.	
11. Cópias de acordo de pensão alimentícia, comprovante de pagamento com frequência de pagamento ou uma carta indicando comprovação de pagamento de pensão paga e/ou recebida	
12. Se for casado(a), mas tiver se separado do(a) cônjuge, uma cópia do documento de separação legal emitido pela justiça é exigida b. Se você não passou pelo sistema judicial para a separação, será solicitado que você forneça declarações de separação reconhecidas em cartório e/ou contrato de aluguel	
13. Você tem seguro odontológico privado? Se sim, você não cumpre os critérios de elegibilidade para o WHP Community Dental Center. Inscreva-se em uma clínica odontológica privada. *NH Medicaid, DentaQuest e MaineCare são aceitos. Espera-se que todos os pacientes paguem US\$ 35 por consulta no momento do serviço. - Encargos adicionais serão cobrados para próteses, próteses parciais e outros serviços laboratoriais. *Os moradores de Massachusetts não são elegíveis a serviços odontológicos	
14. Requisitos de qualificação adicionais específicos para elegibilidade aos serviços do WHP Community Dental Center: morar na área de serviço, que inclui Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth e South Berwick OU consultar um PCP ou especialista do WHP.	

****PODEMOS FAZER CÓPIAS PARA VOCÊ DA DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL ****

Os documentos NÃO serão devolvidos aos solicitantes. Eles serão digitalizados e destruídos com segurança.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Use esse checklist para confirmar que temos todas as informações necessárias para processar seu pedido com rapidez e correção. Podemos solicitar informações adicionais. Portanto, verifique se as suas informações de contatos estão preenchidas corretamente.

A maioria dos procedimentos eletivos não será considerada para assistência, por exemplo:

- Cirurgia cosmética
- Fertilização In-Vitro (IVF)
- Terapia Reprodutiva Avançada (ART)
- Serviços do Bypass Gástrico ausentes de uma determinação do pagador de necessidade médica
- Contas vinculadas a um estudo de pesquisa
- Itens de conveniência de paciente que incluem hospedagens premium e hospedagens de pernoite que se baseiam em uma solicitação do paciente e geralmente não são cobertos por um plano de seguro de saúde
- Outros serviços que não sejam clinicamente necessários cobrados de acordo com uma tabela de preços predeterminada para pagamento particular
- Todos os programas de Inclusão Integral Residencial que não enviam pedidos à seguradora de saúde no McLean Hospital

Falha em se candidatar a um programa de assistência governamental em que você potencialmente se qualifica pode resultar em atraso ou recusa do seu pedido. Se você precisar de ajuda para se candidatar a programas de assistência governamental, um de nossos Conselheiros Financeiros do Mass General Brigham pode ajudar

As informações que você fornece são confidenciais.

Você continuará financeiramente responsável por quaisquer serviços que receber até sabermos se cumpre os requisitos para receber ajuda. Para evitar que algo seja enviado para cobrança, um plano de pagamento pode ser definido junto ao departamento de Atendimento ao Cliente, no número 617-726-3884.

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

Se não entrarmos em contato em até 30 dias do envio do seu pedido, ou se precisar de ajuda para entendê-lo, ligue para o nosso escritório de Assistência Financeira e um dos nossos representantes ajudará você.

[Para ler a política de Assistência Financeira do Mass General Brigham, clique no link, Assistência financeira | Mass General Brigham](#)

Os pedidos podem ser enviados por correspondência, e-mail ou fax:

Pacientes do Mass General Brigham:

Patient Billing Solutions

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, Ma 02145-1462

Fone 617-726-3884/Fax 857-282-5642

E-mail: PHSFinancialApplication@MGB.org

Pacientes do Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners:

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Correspondência para: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820

Pessoalmente: 121 Broadway, Dover, NH 03820

Fone 603-740-3234/Fax 603-740-3366

E-mail: Charity.Care@WDHospital.org

PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**1. Informações do paciente:**

<i>Sobrenome</i>	<i>Nome</i>	<i>Inicial do nome do meio</i>	<i>Número de seguridade social</i>	<i>Data de nascimento</i>
<i>Endereço</i>	<i>Cidade</i>	<i>Estado</i>	<i>CEP</i>	<i>Tempo de moradia no endereço</i>
<i>Endereço para correspondência</i>	<i>Cidade</i>	<i>Estado</i>	<i>CEP</i>	<i>Tempo de moradia no endereço</i>
<i>Número de telefone</i>	<i>Endereço de e-mail</i>	<i>Selecione a opção válida:</i>	☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) ☐ Cidadão(a) dos EUA	☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Residente de NH ☐ União estável ☐ Viúvo(a)

2. Pessoa responsável pelo pagamento da conta

<i>Sobrenome</i>	<i>Nome</i>	<i>Inicial do nome do meio</i>	<i>Grau de relacionamento com o(a) paciente</i>	<i>Número de seguridade social</i>
<i>Endereço, se diferente do endereço do paciente</i>	<i>Número de telefone</i>	<i>Endereço de e-mail</i>		
<i>Nome da seguradora (listada na declaração de imposto de renda do ano anterior)</i>			<i>Data de vigência</i>	

3. **Indique TODAS as pessoas que moram no domicílio, incluindo o solicitante: Use uma folha adicional, se necessário.

<i>NOME</i>	<i>GRAU DE RELACIONAMENTO COM O(A) PACIENTE</i>	<i>DATA DE NASCIMENTO</i>	<i>N.º DE SEGURIDADE SOCIAL</i>	<i>NOME DO MÉDICO</i>
1.	O(A) PRÓPRIO(A)			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. O pedido é para serviços odontológicos? ☐ Sim ☐ Não**5. Preencha se alguém em seu domicílio tiver seguro:**

Seguro de saúde (plano/nome) _____, conta poupança para saúde (cheque) - ☐ Sim ☐ Não Quem: _____
N.º da apólice/N.º de ID _____ Valor dedutível: _____

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Medicare Parte A _____, Medicare Parte B _____ Recebe assistência para pagar _____

Medicare Parte B _____ Quem: _____

Quem? _____

6. Alguém no seu domicílio solicitou o Medicaid? ☐ Sim ☐ Não

Quem: _____

Se Sim e foi negado, forneça uma cópia do aviso de recusa do Medicaid

7. Você já solicitou assistência financeira em outra instituição? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, onde _____

8. Há alguma grávida em seu domicílio?

☐ Sim ☐ Não

9. Alguém em seu domicílio serviu no exército?

☐ Sim ☐ Não Quem? _____

10. Você recentemente fez um pedido de indenização trabalhista ou reivindicação devido a acidente com veículo automotor?

☐ Sim ☐ Não Data: _____

11. Alguém no seu domicílio é elegível a benefícios de seguridade social?

☐ Sim ☐ Não Quem? _____

12. Alguém declara você como dependente no imposto de renda?

☐ Sim ☐ Não Quem? _____

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

13. INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO	PESSOA 1 (Paciente)	PESSOA 2 (Cônjuge/Dependente)	PESSOA 3 (Dependente)
NOME de cada membro do domicílio:			
Nome do empregador:			
Renda mensal proveniente de:			
Emprego:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autônomo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Contas de investimento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aluguel de imóveis:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempregado desde _____ (Data)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aposentadoria (seguridade social, pensão, renda vitalícia)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensão alimentícia/suporte à criança:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistência pública, vale-alimentação:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras rendas:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Poupança e investimentos:			
Saldos de conta corrente:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de poupança e contas CD:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401 K:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras poupanças e investimentos:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outro:			
Automóvel: Ano, marca. Modelo?	_____	_____	_____
Veículo recreativo: Ano, marca. Modelo?	_____	_____	_____
14. DESPESAS DOMÉSTICAS			
Pagamento de aluguel mensal: \$ _____ ou pagamento de hipoteca: \$ _____	Saldo do empréstimo da hipoteca: \$ _____		
Valor de imposto sobre propriedade não incluído no valor de pagamento acima: \$ _____	Valor da casa: \$ _____		
Você é proprietário(a) de outro imóvel além da residência primária? ☐ Sim ☐ Não	Se sim, qual é o valor? \$ _____	Saldo da hipoteca: \$ _____	
Se a outra propriedade for comercial, liste o endereço: _____			
Pagamento de empréstimo mensal: \$ _____	Pago a: _____	Para: _____	
Medicare Parte D deduzido do cheque de seguridade social: ☐ Sim ☐ Não	Valor: \$ _____		
Serviços públicos \$ _____	Seguro (Automóvel/Vida/Propriedade) \$ _____	Outro: _____ \$ _____	
Pensão alimentícia/suporte à criança \$ _____	Seguro de saúde \$ _____	Outro: _____ \$ _____	
Creche \$ _____	Contas de assistência médica \$ _____	Outro: _____ \$ _____	
Subsistência (gás, alimentos, roupas) \$ _____	Medicamentos \$ _____	Outro: _____ \$ _____	

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

15. CESSÃO DE DIREITOS - *Leia com atenção*

Caso eu não tenha relatado integralmente alguma renda ou bens, ou tenha feito alguma declaração imprecisa sobre estes, qualquer acordo para conceder a você um desconto por assistência beneficente será considerado nulo e sem efeito, com efeito retroativo à data em que as contas eram devidas.

Todos os membros adultos do domicílio, que assinam abaixo, autorizam a divulgação de informações médicas, financeiras e de emprego que se relacionam diretamente à sua assistência médica ou sua elegibilidade à assistência financeira. Essas informações podem ser divulgadas a prestadores de saúde aos quais os membros do domicílio procuraram para receber serviços médicos ou assistência financeira. Todas as informações fornecidas continuarão confidenciais segundo as disposições das regulamentações federais HIPAA. Procedimentos eletivos podem não ser considerados para assistência.

Concordo que pagarei o valor concedido total da assistência financeira se eu receber pagamento de qualquer tipo de serviços médicos cobertos por esse pedido, por exemplo, pagamentos de seguro, pagamentos de programa do governo, indenização de uma ação judicial ou outros pagamentos.

Se eu receber assistência financeira, concordo em informar a organização em que primeiro fiz a solicitação sobre quaisquer mudanças que podem causar impacto na elegibilidade, incluindo mudanças no tamanho da família, renda e cobertura de seguro de saúde. Entendo que, se minha/nossa situação médica mudar de forma que eu/nós possa/possamos ser elegíveis a um programa de assistência pública, precisarei me inscrever nesse programa e fornecer comprovação de inscrição.

Assinatura do solicitante

Data

Assinatura do cossolicitante

Data

Assinatura do dependente

Data