

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

Por favor, imprima e complete todas as seções da inscrição que se aplicam a você. Esta inscrição não pode ser completada eletronicamente. Por favor, leia todas as instruções antes de completar a inscrição.

Esta inscrição é usada para avaliar sua elegibilidade para assistência médica sobre suas contas médicas de prestadores de serviços da Partners HealthCare. Você pode usar esta inscrição para candidatar-se para receber ajuda com contas médicas de qualquer uma das seguintes entidades da Partners HealthCare:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham & Women's Hospital	Brigham & Women's Physicians Organization
North Shore Medical Center	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham & Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickenson Hospital	Cooley-Dickenson Medical Group
Spaulding Rehabilitation Network	McLean Hospital

A Assistência Financeira da Partners não é considerada um substituto para a matrícula em quaisquer programas de seguro de saúde disponíveis. Os descontos se limitam com base no tipo de serviços prestados e na localização onde o atendimento foi realizado.

- Serviços de emergência e serviços de urgência geralmente serão considerados para descontos.
- Na maioria dos casos, serviços eletivos, serviços de cuidados pós-internação e serviços de saúde comportamental (não-emergenciais) são excluídos do Desconto de Assistência Financeira. Serviços eletivos, serviços de cuidados pós-internação e serviços de saúde comportamental são normalmente triados para liberação financeira anteriormente à prestação do serviço, e poderão ser deferidos com base no status médico geral do paciente após uma revisão com as prestadoras apropriadas.
- Outros serviços são sempre excluídos dos Descontos de Assistência Financeira.
- Descontos sobre coparticipações, cosseguros ou franquias de seguros normalmente são excluídos.

Não se inscrever para um programa de assistência governamental para o qual você se qualifique potencialmente poderá resultar em atraso ou indeferimento de sua inscrição. Se você precisar de ajuda para se inscrever em programas de assistência governamental, um de nossos Consultores Financeiros da PHS poderá ajudá-lo.

Você deve divulgar integralmente qualquer outra cobertura, requerimento de responsabilização de terceiros, cobertura por acidente com veículo automotor ou cobertura por seguro de acidente de trabalho a ser considerado.

Se você tem quaisquer perguntas sobre esta inscrição, contate [Serviços Financeiros ao Paciente](#) em seu hospital, ou ligue para (617) 726-3884.

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

Checklist de inscrição

- Complete todas as seções aplicáveis da inscrição - a seção indicará caso possa ser deixada em branco.
- Inclua uma cópia de sua CNH, outras identificações com foto ou documentos que atestem sua residência atual. Qualquer documento apresentado deverá incluir seu nome (Seção 1).
- Inclua algum tipo de comprovação de renda (Seção 3 e Seção 4).
 - Inclua uma cópia de seu IRS 1040 ou 1040A mais recente.
 - Caso haja uma alteração recente em sua renda, inclua documentação tal como canchotos de cheques, (mínimo 4), declarações de desemprego, declarações de investimentos/bancárias e/ou declarações de previdência social.
- Se sua família estiver acima de 300% das US Federal Income Poverty Guidelines (FPL), você deve completar também a Seção 5. Você está acima de 300% da FPL se sua renda ultrapassar os seguintes limites:

Tamanho da família	1	2	3	4	5
2019 FPL	\$37,476	\$ 50,736	\$ 63,996	\$ 77,256	\$ 90,516

- Os bens podem ser usados para determinar seu potencial de pagamento das contas médicas. Você precisará fornecer informações sobre seus bens, caso algum dos seguintes se aplique a você (Seção 6):
 - Sua residência permanente é fora dos Estados Unidos
 - Você está solicitando um desconto para um serviço que geralmente não é elegível (p. ex. cuidados relacionados a serviços não-emergenciais, coparticipações, cosseguros e franquias)
 - Você está solicitando um desconto no McLean Hospital, na Partners HealthCare at Home ou em uma instalação Spaulding Network.
- Devolver inscrições completas diretamente a um dos [Consultores Financeiros PHS](#) OU enviar para:

Partners HealthCare
Soluções de cobrança ao paciente
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Para garantir a revisão imediata de sua inscrição, por favor, complete todas as seções, a menos que indicado. O processamento da inscrição será atrasado caso faltem informações ou documentos exigidos.

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

Por favor, complete esta seção a respeito do candidato. O candidato é o paciente, ou a pessoa financeiramente responsável por ele.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: Por favor, inclua documentação que comprove sua residência: CNH, outras identificações com foto ou documentos que comprovem seu endereço atual. Tudo o que for apresentado deverá incluir seu nome.

Sobrenome		Primeiro Nome		MI
Data de nascimento		Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		
Números de telefone Domiciliar: () Comercial: () Celular: ()		Endereço para correspondências (incluir cidade, estado e CEP)		
Nome do paciente <i>(caso diferente do responsável pela inscrição)</i>		Datas de serviço do paciente (incluindo localização onde os serviços foram prestados)		
Data de nascimento do paciente <i>(caso diferente do responsável pela inscrição)</i>				
Número de registro médico do paciente (MRN) e número de conta (declaração)				

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

2. INFORMAÇÕES FAMILIARES

Caso aplicável, liste o cônjuge e filhos menores de 19 anos do candidato que vivam com ele. Esta seção pode ser deixada em branco, caso o candidato não viva com um cônjuge ou filhos.

Nome do familiar	Relação	Data de nascimento

3. RENDA

Por favor, complete esta seção sobre a renda do responsável pela inscrição e de cada membro da família que trabalhe listado na Seção 2. **Por favor, liste a renda bruta, ou seja, a renda antes de impostos e deduções.** Esta seção pode ser deixada em branco, caso o candidato e os membros de sua família não possuam qualquer renda.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: Por favor, inclua documentação que comprove essa renda: Comprovantes de pagamento, imposto de renda, declarações W2, declarações bancárias ou outras comprovações.

Nome de familiar que trabalha	Nome e endereço do empregador	Valor bruto recebido	Frequência <i>Marque um</i>	Uso das instalações apenas
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

4. OUTRA RENDA

Por favor, complete esta seção sobre outras rendas do candidato e cada membro da família listado na Seção 2 que receber outras rendas. Outra renda corresponde a valores que você recebe e que não se originam de um empregador. **Por favor, liste a renda bruta, ou seja, a renda antes de impostos e deduções.** Esta seção pode ser deixada em branco caso o candidato e os membros de sua família não possuam qualquer outra renda.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: Por favor, inclua documentação que comprove essa renda: Comprovantes de pagamento, imposto de renda, declarações W2, declarações bancárias ou outras comprovações.

Tipo de renda	Membro(s) da família beneficiário de renda	Valor bruto recebido	Frequência <i>Circule um</i>	Uso das instalações apenas
Desemprego			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Seguro social			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Benefícios a veteranos			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Anuidades e pensões			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Pensão e alimentos			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Renda de aluguel			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Remuneração de funcionários			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Renda de dividendos e juros			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Outros			Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	

5. OUTRAS DESPESAS COM CUIDADOS MÉDICOS

Esta seção pode não se aplicar a você. Por favor, complete esta seção apenas se sua renda familiar corresponder a mais de 300% das Federal Income Poverty Guidelines (conforme destacado na página 2).

Se você ultrapassa 300% das Federal Income Poverty Guidelines, você deve listar despesas médicas de localizações não-listadas na página 1 (p. ex. instalações que não são parte da Partners HealthCare). Esta seção pode ser deixada em branco, caso sua renda familiar seja menor do que 300%, ou se você não possuir despesas médicas de instalações que não são parte da Partners HealthCare. A documentação deverá ser solicitada, mas ela não é necessária neste momento.

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

Despesas médicas	Valor total	Com que frequência há custos?	Uso das instalações apenas <i>Custo total</i>
Contas médicas		Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	
Contas de farmácia		Semanalmente, Mensalmente, Anualmente	

6. INFORMAÇÕES DE BENS

Esta seção pode não se aplicar a você. Por favor, complete esta seção apenas SE:

- Sua residência permanente for fora dos Estados Unidos **OU**
- Você estiver solicitando um desconto por atendimento não-emergencial, coparticipações, cosseguro ou franquias. Pacientes solicitando assistência financeira para atendimento relacionado que não seja de emergência, prestado em uma entidade da Spaulding Network ou no McLean Hospital não precisam fornecer informações de bens.

Esta seção pode ser deixada em branco, caso você não se adeque às categorias listadas acima.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: Por favor, inclua documentação que comprove essa renda: declarações bancárias ou outras provas

Você não precisa incluir sua residência principal (onde você mora)

Bem	Proprietário(s)	Nome do banco ou empresa	Valor em dinheiro
Conta de poupança			
Conta corrente			
Conta de cooperativa de crédito			
Fundos fiduciários			
Ações/títulos			
Conta no mercado monetário			
Fundos mútuos			
Propriedade comercial ou de investimentos			
Outros			

Inscrição para Assistência Financeira da Partners HealthCare

7. AUTORIZAÇÃO

Por favor, leia esta seção com atenção e assine na parte inferior.

Tanto quanto sei, todas as informações nesta inscrição são verdadeiras. Eu aceito fornecer documentações adicionais conforme solicitado. **Eu entendo que estas informações confidenciais não podem ser divulgadas a quaisquer partes fora do Sistema Partners HealthCare, Inc. sem minha prévia aprovação.**

Assinatura do candidato

Data

Caso esteja assinando em nome do candidato: Tanto quanto sei, todas as informações nesta inscrição são verdadeiras.

Assinatura do representante autorizado

Data

Nome do representante autorizado

Relação com o candidato

Número de telefone para contato _____

Antes de enviar, por favor, certifique-se de haver completado todas as seções aplicáveis desta inscrição, e de haver incluído todos os documentos solicitados para verificação de seu status financeiro. Inscrições incompletas não serão aprovadas.