

Caro(a) Requerente:

Se o pagamento das suas despesas de saúde lhe criar dificuldades financeiras, por favor preencha este requerimento.

Este requerimento vai ajudar-nos a determinar a nossa capacidade de reduzir as despesas para os serviços prestados em qualquer local do Dartmouth Health. Queira responder a todas as perguntas que se aplicam a si ou ao seu agregado familiar. Qualquer informação fornecida é confidencial e é vista apenas pela equipa que processa o seu requerimento.

Se tiver um seguro, também poderá ser elegível para assistência financeira com outros fornecedores participantes da Rede de Acesso à Saúde de NH. A Rede de Acesso à Saúde de NH é uma rede de hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde que trabalha para melhorar o acesso aos cuidados de saúde de crianças e adultos subsegurados residentes no Estado de New Hampshire.

Antes de qualquer assistência financeira ser concedida, deve ter esgotado todas as outras fontes de pagamento, incluindo seguro, assistência pública, processos litigiosos ou responsabilidade de terceiros. Por favor, utilize a lista de verificação abaixo para ter a certeza de que incluiu todas as informações.

	Obrigatório	N/A
1. Uma cópia completa da sua Declaração Fiscal Federal sobre os Rendimentos e todos os prazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cópias de todos os formulários W-2 mais recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cópias dos três (3) recibos de vencimento mais recentes ou declaração do(s) empregador(es)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cópias dos três (3) documentos bancários mais recentes (p. ex., poupanças, consultas, fundos de Mercado monetário, IRA, 401K, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cópias de declarações de benefícios de compensação de incapacidade ou desemprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cópias de benefícios da segurança social e/ou pensões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cópia de atribuição de Cupões para Alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cópias de fontes de dividendos, fundos fiduciários e declarações de impostos sobre propriedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Cópias de notificações de assistência do governo;		
- Notificações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (todas as páginas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Cartas de Pagamentos Medicaid, Cópias de Notificações de Recusa do Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Notificações de Plano(s) de Assistência Premium e Seguro(s) Marketplace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Continuará a ser financeiramente responsável por quaisquer serviços que receba até o seu requerimento completo ter sido recebido. Se não tiver obtido uma resposta da nossa parte em 30 dias a contar da devolução do seu requerimento, ou se necessitar de ajuda para concluir o requerimento, por favor contacte um dos nossos Provedores do Paciente através do número (844) 647-6436. O horário de funcionamento é das 9h às 16h30, de segunda a sexta-feira.

Os requerimentos preenchidos devem ser devolvidos para um dos endereços abaixo:

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 Fax: (603) 640-1913	New London Hospital PO Box 2150 Attn: Financial Counselor New London, NH 03257 Fax: (603) 643-7364	Cheshire Medical Center 580 Court Street PFS: FAA Keene, NH 03431 Fax: (603) 643-7363	Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 Fax: (603) 640-1913	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Fax: (603) 640-1913
---	--	---	--	---

Pode receber assistência pessoal para preencher este requerimento nos seguintes locais:

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

Requerimento de Assistência Financeira

1. Informação do(a) Paciente

Último Nome *Primeiro Nome* *Inicial do Nome do Meio* *N.º de Segurança Social* *Data de Nascimento*

Endereço (Rua) *Cidade* *Estado* *Código postal* *Tempo de residência na morada*

Endereço Postal *Cidade* *Estado* *Código postal*

N.º Telefone de Casa *N.º Telefone do Trabalho* *Solteiro(a)* *Casado(a)* *União de Facto*
 Separado(a) *Divorciado(a)* *Viúvo(a)*
 Cidadã(o) dos EUA *Residente em NH*

2. Pessoa Responsável pelo Pagamento da Conta

Último Nome *Primeiro Nome* *Inicial do Nome do Meio* *N.º de Segurança Social* *Data de Nascimento*

Endereço se Diferente do Endereço do Paciente *N.º Telefone de Casa* *N.º Telefone do Trabalho*

Nome da Companhia de Seguros *Data Entrada em Vigor*

3. Por favor, indique TODAS as pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o(a) requerente:

Use uma folha de papel adicional, se necessário.

Nome *Relação com o(a) paciente* *Data de Nascimento* *N.º Segurança Social* *Requerente Sim/Não*

1 _____
 2 _____
 3 O(A) próprio(a)
 4 _____
 5 _____
 6 _____

4. Este requerimento é para serviços futuros ou passados?

Futuros Passados *Data(s) de Serviços:* _____

5. Por favor, preencha se alguma das pessoas do agregado tiver seguro:

Seguro de saúde (Plano/Nome), _____ *Conta de poupanças de saúde(circule) Sim* *Não Quem:* _____

Apólice n.º/N.º Ident. _____ *Montante Dedutível:* _____

Medicare Parte A _____, *Medicare Parte B* _____, *Recebe assistência para pagar o Medicare Parte B* _____, *Quem:* _____

6. **Alguém do agregado requereu o Medicaid?** Sim Não *Quem:* _____

Se Sim e foi recusado, por favor entregue uma cópia da notificação de recusa do Medicaid.

7. **Solicitou assistência financeira noutra estabelecimento?** Sim Não *Se sim, onde:* _____

8. **Alguma pessoa do seu agregado está grávida?** Sim Não

9. **Alguém do seu agregado prestou serviço militar?** Sim Não *Quem:* _____

10. **Solicitou recentemente uma reivindicação da compensação de trabalhador ou de acidente de veículo de motor?** Sim Não *Data:* _____

11. **Alguém no seu agregado é elegível para benefícios da Segurança Social?** Sim Não *Quem:* _____

12. **Alguém no seu agregado o(a) indica a si na sua (dele/dela) declaração de impostos?** Sim Não *Quem:* _____

13. Informação de Bens do Agregado

	Pessoa 1	Pessoa 2	Pessoa 3
Nome de cada membro do agregado:	_____	_____	_____
Nome do empregador	_____	_____	_____
Rendimento Mensal Bruto De:			
Emprego:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trabalho por Conta Própria:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Contas de Investimento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Arrendamentos Imobiliários:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desemprego:	desde MM / DD / YYYY	desde MM / DD / YYYY	desde MM / DD / YYYY
Reforma: (Seg. Social, Pensão, Anuidade)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensão de Alimentos/Apoio para Crianças:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistência Pública, Cupões para Alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outros Rendimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Poupanças e Investimentos:			
Saldos de Conta Corrente:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Poupanças e Saldos de Contas de Certificado de Depósito: (Planos poupança reforma, 403B, 401K:)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras poupanças e investimentos: Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

14. Despesas do Agregado

Pagamento de Renda Mensal: \$ _____ Pagamento de Hipoteca: \$ _____ Saldo de Empréstimo Hipotecário \$ _____

Montante de Imposto sobre Propriedade Não Incluído no Montante de Pagamento Acima: \$ ____ Valor da Habitação: \$ _____

Possui outra(s) Propriedade(s) Além da Habitação Principal? Sim Não

Se Sim, Valor \$ _____ Saldo de hipoteca: \$ _____

Se a(s) outra(s) propriedade(s) forem um negócio, indique o endereço: _____ Pagamento do Empréstimo Mensal: \$ _____

Pago a: _____ Para: _____

Medicare Parte D deduzido da verificação da Segurança Social: Sim Não Montante: \$ _____

Serviços Públicos \$ _____ Seguro (Auto/Vida/Propriedade) \$ _____ Outros: \$ _____

Pensão de Alimentos/Apoio para Crianças \$ _____ Prémio de Seguro de Saúde \$ _____ Outros: \$ _____

Cuidados com Crianças \$ _____ Contas de Cuidados de Saúde \$ _____ Outros: \$ _____

Despesas quotidianas (combustível, alimentação, roupa) \$ _____ Medicação \$ _____ Outros: \$ _____

Ao assinar abaixo, autorizo o requerimento para o meu relatório de crédito e/ou declaração fiscal. Compreendo que é necessária uma declaração fiscal para processar esta candidatura e que podem ser solicitadas mais informações antes de a minha elegibilidade ser determinada. No caso de eu não ter divulgado na íntegra, ou de ter representado de forma imprecisa, qualquer rendimento ou bem, qualquer acordo para providenciar um desconto caritativo de cuidados seria nulo ou sem efeito e voltaria retroativamente à data em que as contas eram devidas. Posso ser responsabilizado(a) por alguma/todas as taxas legais durante o processo de cobrança.

Todos os membros adultos do agregado familiar que assinam abaixo autorizam a divulgação de quaisquer informações médicas, financeiras ou laborais que se relacionem diretamente com os seus cuidados de saúde ou com a sua elegibilidade para assistência financeira. Esta informação pode ser divulgada para qualquer prestador de cuidados de saúde perante quem os membros do agregado tenham procurado serviços de saúde ou assistência financeira. Todas as informações fornecidas permanecerão confidenciais em conformidade com as disposições dos regulamentos federais da HIPAA. Os procedimentos eletivos poderão não ser considerados para assistência.

Concordo que reembolsarei a totalidade do prémio de assistência financeira se receber qualquer tipo de pagamento pelos serviços médicos abrangidos por este requerimento, por exemplo, pagamento de seguros, pagamento de programas governamentais, atribuição de um processo judicial ou qualquer outro pagamento.

Se eu receber assistência financeira, concordo em comunicar à organização onde primeiro fiz um requerimento quaisquer alterações que possam ter impacto na elegibilidade, incluindo alterações na dimensão da família, rendimento e cobertura do seguro de saúde. Compreendo que, se a minha situação/a nossa situação médica mudar, para que eu/nós possamos ser elegíveis para um programa de assistência pública, terei de me candidatar a esse programa e fornecer provas de candidatura.

Assinatura do(a) Requerente _____ Data _____

Assinatura do(a) Correquerente _____ Data _____