



Dartmouth-Hitchcock
Prezado(a) Solicitante:

Se o pagamento de suas despesas médicas pode criar dificuldades financeiras para você, preencha este formulário. Com esta solicitação poderemos avaliar se temos condições de reduzir essas despesas pelos serviços prestados no Dartmouth-Hitchcock. Responda às perguntas que dizem respeito a você ou à sua família. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo e avaliadas apenas pelo pessoal que processará sua solicitação.

Se você tiver seguro, então também poderá estar elegível para auxílio financeiro com outros provedores participantes do NH Health Access Network. O NH Health Access Network é uma rede de hospitais e outros provedores de serviços de saúde que trabalham para melhorar o acesso a esses serviços para crianças e adultos com seguro insuficiente, residentes no Estado de New Hampshire.

Antes da concessão do auxílio financeiro, você precisa ter esgotado todas as outras fontes de pagamento incluindo seguro, assistência pública, litígios ou responsabilidade de terceiros. Use a lista abaixo para verificar se você incluiu todas as informações necessárias.

1. Uma cópia completa da sua declaração de renda federal atual com todos os anexos.
2. Cópias de todos os formulários W-2 recentes.
3. Cópia dos três (3) últimos contracheques ou extrato do(s) empregador(es)
4. Cópias dos três (3) últimos extratos bancários (p.ex., poupança, conta corrente, fundos de investimento, IRA, 401K, etc.)
5. Cópias dos extratos de benefícios como seguro desemprego, auxílio-doença
6. Cópias dos benefícios de seguridade social e/ou pensão
7. Cópia da distribuição do Food Stamp
8. Cópias dos extratos das fontes de dividendos, fundos de trust e imposto predial
9. Cópias dos avisos de assistência governamental (incluindo Depto. de Serviços Humanitários e Saúde)

Você pode ir pessoalmente aos locais abaixo para receber ajuda no preenchimento deste formulário:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ramal: 4444
---	--	---	---	--

A responsabilidade financeira pelos serviços que receber continuará sua até recebermos sua solicitação preenchida. Se não receber uma resposta em 30 dias da entrega da solicitação, ou se precisar ajuda para preenchê-la, ligue para um de nossos Atendentes no (844) 647-6436.

O atendimento é das 9h às 16:30, de segunda a sexta-feira.

Os formulários preenchidos devem ser enviados para o endereço abaixo.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
Attn: PFS - Level 3 - NSA
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756-0001
Fax # (603) 650-6142

Solicitação de Auxílio Financeiro

1. Informações do paciente:

Sobrenome	Nome	Inicial do Nome do Meio	Número da Seguridade Social	Data de Nascimento
-----------	------	-------------------------	-----------------------------	--------------------

Endereço	Cidade	CEP Quanto tempo no endereço
----------	--------	------------------------------

Endereço para Correspondência	Cidade	Estado	CEP	
		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> União civil
Telefone residencial		Telefone comercial		<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo
				<input type="checkbox"/> Cidadão dos EUA <input type="checkbox"/> Residente de NH

2. Pessoa Responsável por Pagar a Conta

Sobrenome	Nome	Inicial Nome do Meio	Relação com o paciente	Número de Seguridade Social
-----------	------	----------------------	------------------------	-----------------------------

Endereço, se diferente do paciente	Telefone Residencial	Telefone comercial
------------------------------------	----------------------	--------------------

Nome da seguradora	Data de Vigência
--------------------	------------------

3. ** Indique TODAS as pessoas que moram na sua residência, inclusive o solicitante: Use folha extra, se precisar

NOME	RELAÇÃO COM PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	No. SEG. SOCIAL #	Solicitando Sim/Não
1	Próprio			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Esta solicitação é para atendimento futuro Futuro Passado Data(s) de Prestação do(s) Serviço(s): _____

5. Preencha se alguém na sua família tem seguro:

Seguro saúde (Plano/Nome) _____, conta de poupança-saúde (marque) - Sim Não **Quem:** _____

Apólice No./ ID No. _____ Valor da franquia: _____

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

6. Alguém na sua família solicitou Medicaid? Sim Não

Quem: _____ Se Sim e foi recusado, forneça cópia do aviso de recusa do Medicaid.

7. Você solicitou auxílio financeiro em outra clínica/hospital? Sim Não Se Sim, onde: _____

8. Há gestante na sua família? Sim Não

9. Alguém na sua família prestou serviço militar? Sim Não Quem: _____

10. Você solicitou recentemente auxílio acidente ou sinistro de acidente automobilístico? Sim Não Date: _____

11. Alguém na sua família tem direito a benefícios da Seguridade Social? Sim Não Quem: _____

12. Alguém mais declara você como dependente no IR? Sim Não Quem: _____

13. INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA**PESSOA 1****PESSOA 2****PESSOA 3**

* NOME de cada membro da família: _____

Nome do empregador: _____

Rendimento mensal bruto de:

Emprego:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autônomo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Contas de Investimento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aluguel de Imóveis:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desemprego: (desde ___/___/___)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aposentadoria: (Seg. Social, Pensão, Anuidade)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensão Alimentícia Cônjuge/Filho:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistência Pública, Food Stamps:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outro Rendimento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Poupança e Investimentos:

Saldos Em Conta Corrente	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos Em Poupança E Conta CD	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K:			
Especifique:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras poupanças e investimentos:			
Especifique:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Outros:

Automóvel: Ano, Fabricante, Modelo? _____
 Veículo Recreativo (RV): Ano, Fabricante, Modelo? _____

14. DESPESAS DA FAMÍLIA

Aluguel Mensal: \$ _____ ou Pagamento da Hipoteca: \$ _____ Saldo da Hipoteca \$ _____

Imposto Predial Não Incluído No Pagamento Acima: \$ _____ Valor do Imóvel: \$ _____

Você Tem Outras Propriedades Residenciais? Sim Não Se Sim, Valor \$ _____ Saldo da Hipoteca: \$ _____

Se a outra propriedade for comercial, endereço: _____

Pagamento Mensal Da Hipoteca: \$ _____ Beneficiário: _____ Para: _____

Medicare Part D deduzido do cheque da Seguridade Social: Sim Não Valor: \$ _____

Utilidades \$ _____ Seguro (Auto/Vida/Imóvel) \$ _____ Outro: _____ \$ _____

Pensão Cônjuge/Filho \$ _____ Prêmio do Seguro Saúde \$ _____ Outro: _____ \$ _____

Creche \$ _____ Despesas Médicas \$ _____ Outro: _____ \$ _____

Subsistência (gás, alimentação, roupas) \$ _____ Medicamentos \$ _____ Outro: _____ \$ _____

15. ATRIBUIÇÕES DE DIREITOS *Leia com atenção*

Ao assinar abaixo, autorizo a liberação do meu relatório de crédito e/ou declarações de IR. Entendo que a declaração de IR é necessária para processar esta solicitação e que mais informações podem ser solicitadas para determinação da minha elegibilidade. No caso de omissão ou imprecisão nas informações sobre meus rendimentos e bens, qualquer acerto para desconto no atendimento beneficente será nulo e retroativo à data de vencimento das contas. Eu posso ser responsabilizado por honorários legais, no todo ou em parte, durante o processo de cobrança.

Todos os membros adultos da família que assinam abaixo autorizam a liberação de informações médicas, financeiras ou profissionais que se relacionem diretamente aos cuidados de saúde ou à sua elegibilidade para auxílio financeiro. Estas informações podem ser liberadas para qualquer provedor de assistência à saúde aos quais os membros da família recorreram para atendimento ou auxílio financeiro. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo segundo o disposto nos regulamentos federais do HIPAA. É possível que nem todos os procedimentos eletivos sejam considerados para auxílio.

Eu me responsabilizo a devolver o valor integral do auxílio financeiro, se receber pagamento de qualquer tipo pelos serviços médicos cobertos por esta solicitação, por exemplo, pagamentos de seguro, de programas governamentais, indenização de processos ou qualquer outro pagamento. Se receber auxílio financeiro, concordo em informar à organização onde primeiro solicitei sobre quaisquer mudanças que possam refletir na elegibilidade, incluindo mudanças no tamanho da família, renda e cobertura do seguro saúde. Entendo que se minha/nossa situação médica mudar de forma que eu/nós possamos ser elegíveis para o programa de assistência pública, precisarei me inscrever naquele programa e fornecer prova da inscrição.

Assinatura do solicitante

Data

Assinatura do co-solicitante

Data