

Prezado Requerente:

Caso o pagamento das suas despesas com cuidados de saúde possa criar dificuldades financeiras para você, por favor preencha este requerimento. Este requerimento nos ajudará a determinar nossa capacidade de reduzir essas despesas por serviços prestados em qualquer instalação do Dartmouth-Hitchcock, Centro Médico de Cheshire ou Alice Peck Day Memorial Hospital. Por favor, responda a todas as perguntas que se aplicam a você ou à sua família. Quaisquer informações prestadas por você são confidenciais e são avaliadas apenas pela equipe responsável pelo processamento do seu requerimento.

Se você tem seguro, então também pode ser elegível para assistência financeira com outros prestadores de serviço que participam da Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire. A Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire é uma rede de hospitais e outros prestadores de serviços de cuidados de saúde que trabalham para melhorar o acesso aos cuidados de saúde para crianças e adultos subsegurados residentes no Estado de New Hampshire.

Antes que qualquer assistência financeira seja fornecida, você já deve ter esgotado todas as outras fontes de pagamento, incluindo seguro, assistência pública, litígio ou responsabilidade de terceiros. Por favor, consulte a lista abaixo para ter certeza de que incluiu todas as informações.

	Necessário	N/D
1. Uma cópia completa da sua Declaração de Imposto de Renda mais recente e todos os documentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cópias de todos os formulários W-2 mais recentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cópias dos três (3) contra-cheques mais recentes ou uma declaração do(s) empregador(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cópias dos três (3) extratos bancários mais recentes (por exemplo, poupança, conta corrente, fundos do mercado financeiro, IRA, 401K, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cópias de demonstrativos de benefícios assistenciais por invalidez ou seguro-desemprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cópias de benefícios da previdência social e/ou pensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cópia do montante de vales-alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cópias de fontes de dividendos, fundos fiduciários e declarações fiscais de bens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cópias de notificações de auxílio governamental;		
Notificações do Departamento de Saúde e Serviços Sociais (todas as páginas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartas do Valor Deduzido do Medicaid, Cópias de Notificações de Recusa do Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisos do(s) Plano(s) de Assistência Premium e Seguro(s) do Mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você pode obter assistência pessoal preenchendo este requerimento nos seguintes locais:

Centro Médico Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Local: (603) 650-6222	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 Local: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
---	--	---	---	--	--

Você continuará sendo financeiramente responsável por quaisquer serviços prestados a você até o recebimento do requerimento preenchido. Caso não receba notícias em 30 dias após a apresentação do seu requerimento ou precise de ajuda para preencher a solicitação, entre em contato com um dos nossos Advogados do Paciente pelo (844) 647-6436. Horário de funcionamento: 9h às 16h30, de segunda a sexta-feira.

Os requerimentos preenchidos devem ser entregues em um dos endereços abaixo.

Centro Médico Dartmouth Hitchcock One Medical Center Dr. PFS: 3º Andar FAA Lebanon, NH 03766 FAX: (603) 442-5135	Dartmouth-Hitchcock/Cheshire 580-590 Court St. PFS: FAA Keene, NH 04431 FAX: (603) 354-6596	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03756 FAX: (603) 650-6142
---	--	---

Requerimento de Assistência Financeira

Alice Peck Day Memorial Hospital
 Aos cuidados de: FAA
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. Informações sobre o Paciente:

Sobrenome	Nome	Inicial do Nome do Meio	Número da Previdência Social	Data de Nascimento
Endereço Rua		Cidade	Estado	Código postal
Endereço para correspondência		Cidade	Estado	Código postal
Telefone Residencial	Telefone Comercial	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Civil <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Cidadão Norte-americano <input type="checkbox"/> Residente em New Hampshire		

2. Pessoa Responsável pelo Pagamento da Conta

Sobrenome	Nome	Inicial do Nome do Meio	Relação com o Paciente
Número da Previdência Social			
Endereço Caso Seja Diferente do Endereço do Paciente		Telefone Residencial	Telefone Comercial
Nome da Companhia de Seguros		Data de entrada em vigor	

3. **Por favor indique TODAS as pessoas que residem na mesma residência, incluindo o requerente:
 Utilize uma folha de papel adicional, se necessário

NOME	RELAÇÃO COM O PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	Nº do CPF	Candidatando-se Sim/Não
1	O(A) próprio(a)			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Este requerimento é para serviços futuros ou anteriores? Futuro Anterior Data(s) dos Serviços: _____

5. Por favor, preencha se alguém em sua casa possui seguro:
 Seguro de Saúde (Plano/Nome) _____, Conta poupança de saúde (circule) – Sim Não
 Quem? _____
 #/Identificação# da Diretriz Montante Dedutível: _____
 Medicare Parte A ____, Medicare Parte B __ Recebe assistência para pagar pelo Medicare Parte B __ Quem? _____

6. Alguém em sua casa se inscreveu no Medicaid? Sim Não
 Quem? _____ Se Sim, e recusado, por favor, forneça uma cópia da notificação de recusa do Medicaid. _____

7. Você solicitou assistência financeira em outra instituição? Sim Não Se sim, onde: _____

8. Alguma mulher em sua casa está grávida? Sim Não

9. Alguém em sua casa serviu ao Exército? Sim Não Quem? _____

10. Você reivindicou recentemente alguma indenização por doença ou acidente de trabalho ou por acidente com veículo automotor?
 Sim Não Data: _____

11. Alguém em sua casa é elegível para benefícios da Previdência Social? Sim Não Quem? _____

12. Alguém mais o inclui na declaração de imposto de renda? Sim Não Quem? _____

13. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA	PESSOA 1	PESSOA 2	PESSOA 3
---------------------------------	----------	----------	----------

*NOME de cada membro da família: _____

Nome do empregador: _____

Renda Mensal Bruta Proveniente de:

Emprego:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Profissional Autônomo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Contas de Investimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aluguéis de Imóveis:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desemprego: (desde (_ / _ / _))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aposentadoria:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Nº CPF, Previdência Social, Renda Vitalícia) Pensão Alimentícia/Subsídio para Descendente:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistência Pública, Vales-alimentação:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outra Renda:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Poupanças e Investimentos:

Saldos de Contas Correntes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de Contas de Poupança e Certificados de Depósito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras poupanças e investimentos:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Outros:

Automóvel: Ano, Marca, Modelo? _____

Trailer: Ano, Marca, Modelo? _____

14. DESPESAS DOMÉSTICAS

Pagamento mensal de aluguel: \$ _____ ou Pagamento de hipoteca: \$ _____ Saldo de empréstimo hipotecário \$ _____

Valor do imposto do imóvel não incluído no valor do pagamento acima: \$ _____ Valor da residência: \$ _____

Você possui outro imóvel além da residência principal? Sim Não Se sim, Valor \$ _____ Saldo da hipoteca: \$ _____

Caso o outro imóvel seja comercial, indique o endereço: _____

Pagamento mensal de empréstimo: \$ _____ Pago a: _____ Para: _____

Parte D do Medicare deduzida da pensão da previdência Social: Sim Não Montante: \$ _____

Serviços	\$ _____	Seguro (Automóvel/Vida/Imóvel)	\$ _____	Outros: _____	\$ _____
Pensão Alimentícia/ Subsídio para Descendente	\$ _____	Seguro de Saúde Premium	\$ _____	Outros: _____	\$ _____
Cuidados dos Filhos	\$ _____	Contas de Cuidados de Saúde	\$ _____	Outros: _____	\$ _____
Subsistência (gás, alimentação, vestuário)	\$ _____	Medicamentos	\$ _____	Outros: _____	\$ _____

15. CESSÃO DE DIREITOS <i>Leia com Atenção</i>
--

Ao assinar abaixo, eu autorizo a solicitação do meu relatório de crédito e/ou declaração de imposto de renda. Entendo que a declaração de imposto de renda é necessária para o processamento deste requerimento e que mais informações podem ser solicitadas antes que minha elegibilidade possa ser determinada. Caso eu não tenha revelado na íntegra, ou tenha declarado incorretamente quaisquer rendimentos ou bens, qualquer contrato para o recebimento de desconto ou isenção de pagamento em relação aos cuidados de saúde será considerado nulo e sem efeito, retroativo até a data dos saldos devedores. Eu posso ser responsável por quaisquer/todas as despesas judiciais durante o processo de cobrança.

Todos os membros da família adultos que assinarem abaixo autorizam a divulgação de toda informação médica, financeira ou a respeito de emprego diretamente relacionada aos cuidados com a sua saúde ou à elegibilidade para assistência financeira. Estas informações podem ser divulgadas a quaisquer prestadores de serviços de cuidados de saúde que os membros da família tenham procurado para receber cuidados de saúde ou assistência financeira. Todas as informações prestadas permanecerão em sigilo conforme as disposições dos regulamentos federais HIPAA.

Os procedimentos eletivos podem não ser levados em consideração para fins de assistência.

Concordo que restituirei o valor integral da assistência financeira caso receba pagamentos de qualquer tipo pelos serviços médicos cobertos por este requerimento, como pagamentos de seguros, pagamentos de programas governamentais, montante recebido em ação judicial ou qualquer outro pagamento.

Caso eu receba Assistência Financeira, concordo em avisar a instituição em que me inscrevi primeiramente a respeito de quaisquer mudanças que possam afetar a elegibilidade, incluindo mudanças no tamanho da família, nos rendimentos e na cobertura do seguro de saúde. Entendo que, se minha/nossa situação médica mudar de forma que eu/nós possamos ser elegíveis para um programa de assistência pública, terei que me inscrever neste programa e fornecer provas da inscrição.

Assinatura do Requerente	Data	Assinatura do Co-requerente	Data
--------------------------	------	-----------------------------	------