

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) 650-6142

New London Hospital PO Box 2150
Attn: Financial Counselor
New London, NH 03257
Fax: (603) 526-5085

Cheshire Medical Center
580 Court Street
PFS: FAA
Keene, NH 03431
Fax: (603) 354-6533

Mt. Ascutney Hospital and Health Center
Aos cuidados de: Consultor Financeiro
298 County Road
Windsor, VT 05089

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
FAA
Lebanon, NH 03766
Fax: (603) 650-6142

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

Mt. Ascutney Hospital and Health Center
298 County Road
Windsor, VT 05089
(802) 674-7233

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 _____