

Prezado Requerente:

Preencha este formulário se for difícil pagar pelo seu atendimento de saúde.

Este formulário nos ajuda a decidir se podemos reduzir seus custos de saúde para serviços nas unidades da Dartmouth Health. Responda a todas as perguntas para você e sua família. Suas informações são confidenciais. Será compartilhado apenas com a equipe que processa sua candidatura.

Se sua renda e status de imigração qualificarem para o Medicaid, é necessário se inscrever. Nós podemos ajudá-lo com isso. Caso se envolva em um acidente, precisará esgotar outras fontes de pagamento, como responsabilidade de terceiros.

Precisamos de comprovante de sua renda e ativos líquidos para ver se você se qualifica para assistência financeira. Forneça o seguinte:

Documentos Necessários

- **Renda:** Cópia completa da sua Declaração de Imposto de Renda Federal mais recente e de todos os anexos e formulários (por exemplo, 1040, 1099, etc.) Nota: caso não declare impostos ou se isso este não refletir sua renda atual, consulte as opções de documentação alternativas abaixo.
- **Ativos Líquidos:** Cópia de dois (2) extratos bancários ou outros extratos financeiros mais recentes (por exemplo, poupança, corrente, mercado monetário, etc.) para cada conta mantida pela pessoa que está solicitando o pedido.

Documentação de Renda Alternativa

- **Se empregado:** Cópias dos dois (2) holerites mais recentes de todos os empregadores para cada pessoa que se candidata na inscrição. Se não estiver disponível, forneça uma declaração por escrito do empregador com informações de renda.
- **Se desempregado:** Cópia do extrato de benefícios de desemprego, se aplicável (por exemplo, cheque, extrato bancário, online, etc.).
- **Se autônomo:** Demonstração de Lucros e Perdas dos últimos 3 meses.
- **Se tiver um imóvel de aluguel:** Renda de aluguel – cópia do Schedule E atual do formulário do IRS.
- **Se você receber benefícios por incapacidade do seguro social:** Cópia da declaração/carta de concessão de benefício de compensação por incapacidade ou cheque, extrato bancário, online, etc.
- **Se você recebe seguro social, pensão, renda de aposentadoria:** Cópia da sua carta de concessão, comprovante de pagamento, extrato bancário, etc. Observação: O benefício do Supplemental Security Income não precisa ser apresentado.
- **Outros tipos de renda:** Se receber rendimentos não listados aqui, ligue para nosso Atendimento ao Paciente no 844-647-6436 para determinar a documentação necessária.

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.**

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

Centro Médico
Dartmouth Hitchcock
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
603-650-6222

Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester 100
Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

Cheshire Medical
Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Alice Peck Day
Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

New London Hospital
273 County Road
New London, NH
03257 603-526-5503

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

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Os requerimentos
preenchidos devem ser
entregues no endereço
abaixo.**

Centro Médico
Dartmouth Hitchcock
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Fax: 603-640-1913

Requerimento de Assistência Financeira

1. Informações do Paciente

Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	SSN#	Data de nascimento
Endereço Rua	Cidade	Estado	CEP	
Endereço de correspondência (se diferente do acima)	Cidade	Estado	CEP	
Telefone residencial	Telefone comercial			
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Civil ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)				

2. Liste todos os dependentes que moram em seu domicílio fiscal.

(Domicílio é definido como eu, cônjuge/parceiro doméstico e todos os dependentes fiscais.)

	Nome	Relação com o(a) Paciente	Data de nasc.	SSN#	Candidatando-se Sim/Não
1	☐ (A) próprio(a)				
2					
3					
4					
5					
6					

3. Este requerimento é para serviços futuros ou anteriores? ☐ Futuro ☐ Data(s) anterior(es) de serviços: _____

4. Preencha se alguém em seu domicílio fiscal possui seguro:

Seguro de Saúde (Plano/Nome) _____ Conta de poupança de saúde ☐ Sim ☐ Não Quem: _____

ID/Política # _____ Montante Dedutível: _____

Parte A do Medicare _____, Parte B do Medicare _____, Recebe assistência para o pagamento da Parte B do Medicare _____, Quem: _____

5. 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.

6. Alguma pessoa no seu domicílio fiscal está grávida? ☐ Sim ☐ Não

7. Alguma pessoa no seu domicílio fiscal já serviu nas forças armadas? ☐ Sim ☐ Não Quem: _____

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

9. Alguma pessoa no seu domicílio fiscal é elegível para receber benefícios da Previdência Social?

☐ Sim ☐ Não Quem: _____

10. Alguém mais o inclui na declaração de imposto de renda? ☐ Sim ☐ Não Quem: _____

11. Informações de renda familiar/ativos líquidos para impostos

	Pessoa 1:	Pessoa 2:	Pessoa 3:
Nome de cada membro da família:	_____	_____	_____
Nome do empregador:	_____	_____	_____
Rendimento mensal bruto de:			
Emprego:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Profissional Autônomo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Contas de Investimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aluguéis de Imóveis:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desemprego:	desde DD/ MM / AAAA	desde DD/ MM / AAAA	desde DD/ MM / AAAA
Aposentadoria: {i>Nº<i} CPF, Previdência	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Social, Renda Vitalícia) Pensão alimentícia: (de extratos antes de 2019)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Poupança e ativos líquidos:			
Saldos de contas correntes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de contas de poupança e certificados de depósito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Outras poupanças e investimentos líquidos:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Informações adicionais

Inclua qualquer outra informação sobre sua situação financeira atual que você gostaria que soubéssemos, como dificuldade em pagar contas, aluguel ou comida.

Ao assinar abaixo, autorizo a solicitação da minha 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 informado completamente, ou tenha representado de forma incorreta, qualquer renda ou ativo líquido, qualquer acordo para lhe conceder um desconto de assistência caritativa será considerado nulo e sem efeito, retroagindo à data em que as contas passaram a ser devidas. 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 qualquer 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 poderiam afetar a elegibilidade, incluindo mudanças no tamanho da família, nos rendimentos e na cobertura do seguro de saúde. Compreendo que, se minha/nossa situação médica mudar de forma que eu/nós possamos nos tornar elegíveis para algum programa de assistência pública, talvez seja necessário que eu faça a solicitação desse benefício e apresente comprovante de que a solicitação foi realizada.

Assinatura do Requerente

Data

Assinatura do Co-requerente

Data