

Solicitação de Assistência Financeira

O Tufts Medicine orgulha-se de fornecer o melhor atendimento para cada paciente. O Tufts Medicine oferece assistência financeira através da sua Política de Assistência Financeira a pacientes incapazes de pagar por cuidados emergenciais e medicamente necessários. A Assistência Financeira do Tufts Medicine não se destina a cobrir cuidados não medicamente necessários. Ela também não se destina a fornecer descontos em copagamentos de seguros, cosseguros ou franquias.

Espera-se que os pacientes que tenham condições paguem pelos serviços recebidos no Tufts Medicine. No entanto, a elegibilidade para assistência financeira está disponível para você. Os pacientes são fortemente encorajados a candidatar-se a quaisquer programas de assistência governamental disponíveis, como o MassHealth, ConnectorCare ou Health Safety Net, antes de se candidatarem ao Programa de Assistência Financeira do Tufts Medicine. **Ao não se candidatar a um programa de assistência governamental para o qual você possivelmente se qualifica, isso pode resultar em atraso ou recusa da sua solicitação.** Se você precisar de ajuda para se candidatar a programas de assistência governamental, um dos nossos Coordenadores Financeiros do Tufts Medicine pode ajudar.

Sua qualificação para programas de assistência financeira depende do preenchimento completo e preciso desta Solicitação de Assistência Financeira.

Instruções

Preencha de maneira completa a Solicitação de Assistência Financeira e inclua cópias dos seguintes documentos para todos os solicitantes. Ao não entregar todos os documentos necessários no prazo de 30 dias, isso fará com que a solicitação seja recusada. Anexe cópias de quaisquer documentos enviados, pois infelizmente eles não podem ser devolvidos.

- Preencha todas as seções aplicáveis da solicitação e certifique-se de **assinar a declaração legal na página 4**
- Inclua uma cópia da sua **carteira de motorista, outro documento de identificação com foto ou documentos que confirmem sua residência atual**. Qualquer documento enviado deve incluir seu nome.
- Inclua uma cópia do(s) seu(s) **cartão(ões) de seguro**
- Inclua alguma forma de **verificação de renda**:
 - Inclua uma cópia do(s) seu(s) formulário(s) **W-2** mais recente(s)
 - Se houve uma **mudança recente em sua renda**, inclua alguma documentação como recibos de pagamento recentes (no mínimo 4), declarações de desemprego, extratos bancários/de investimento e/ou extratos de previdência social
- Se o paciente for uma **pessoa falecida**, forneça uma cópia da certidão de óbito e uma carta informando o status do espólio

Em caso de dúvidas, entre em contato com o Departamento de Coordenação Financeira do Tufts Medicine em:

tuftsmedicalcenter.org/
financialassistance
978-973-6700

ou pessoalmente nos seguintes locais do Tufts Medicine:

- Tufts Medical Center
Edifício Biewend, 1º Andar
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Tufts Medical Center
Edifício Proger, 1º Andar
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Hospital Lowell General
Edifício Dahod, Térreo
295 Varnum Avenue
Lowell, MA 01854
- Hospital Lowell General
Saints Campus
1 Hospital Drive, Térreo
Lowell, MA 01852
- Hospital MelroseWakefield
585 Lebanon Street, Suite 101
Melrose, MA 02176
- Hospital Lawrence Memorial
Térreo, próximo ao Atendimento de Urgência
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Envie a sua solicitação preenchida para:

Tufts Medical Center
Coordenação Financeira
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

1 Sobre o paciente/solicitante

Preencha esta seção sobre o paciente e/ou solicitante.

Documentação necessária: inclua alguma documentação que comprove a residência: carteira de motorista, outro documento de identificação com foto ou documentos que comprovem sua residência atual. Qualquer documento enviado deve incluir o nome do paciente.

Data de Hoje _____

Nome do Paciente _____

Data Nasc. do Paciente LL/LL/LLLL

Nº de Prev. Social do Paciente LL/LL/LLLL

Nº do Reg. Médico do Paciente _____

Nome do Solicitante _____

Telefone do Solicitante _____

Endereço do Solicitante _____

O solicitante é o paciente ou a pessoa que é financeiramente responsável pelo paciente.

Formato da Data Nasc.: MM/DD/AAAA

Sobre o seu domicílio

Liste todos os moradores do domicílio, as respectivas datas de nascimento e a relação com o solicitante.

Morador 1 do Domicílio _____

Data de Nascimento LL/LL/LLLL

Relação com o Paciente _____

Morador 2 do Domicílio _____

Data de Nascimento LL/LL/LLLL

Relação com o Paciente _____

Morador 3 do Domicílio _____

Data de Nascimento LL/LL/LLLL

Relação com o Paciente _____

Morador 4 do Domicílio _____

Data de Nascimento LL/LL/LLLL

Relação com o Paciente _____

Morador 5 do Domicílio _____

Data de Nascimento LL/LL/LLLL

Relação com o Paciente _____

Sim Não Você é cidadã(o) dos Estados Unidos?

Sim Não Se NÃO for, você é um residente permanente, morando de maneira legal nos EUA*?
*se o paciente for residente permanente, forneça uma cópia da documentação oficial.

2 Informações sobre o seguro

Preencha esta seção sobre o seguro do paciente.

Documentação necessária: se aplicável, inclua uma cópia do(s) cartão(ões) de seguro do paciente, notificações do Medicaid, notificação de serviços não cobertos, documentação de limitações de rede. Qualquer documento enviado deve incluir o nome do paciente.

- Sim Não Você enviou uma solicitação do Medicaid nos últimos 6 meses?
- Sim Não Você tem uma solicitação pendente ou aprovada do Medicaid?
- Sim Não A sua solicitação do Medicaid foi recusada?
- Sim Não Você tem seguro médico?
- Sim Não O seu plano cobre os serviços do Tufts Medicine?
- Sim Não Um serviço específico não é coberto pela sua seguradora?

Se sim, descreva _____

Informações do seguro primário

Nome do Seguro _____

Endereço do Seguro _____

Nº da Apólice/ID _____

Nº do Grupo _____

Assegurado _____

Data de Nascimento do Assegurado / /

Relação com o Assegurado _____

Empregador do Assegurado _____

Data de Vigência / /

Informações do seguro secundário

Nome do Seguro _____

Endereço do Seguro _____

Nº da Apólice/ID _____

Nº do Grupo _____

Assegurado _____

Data de Nascimento do Assegurado / /

Relação com o Assegurado _____

Empregador do Assegurado _____

Data de Vigência / /

3 Renda bruta mensal e bens

Preencha esta seção sobre a renda auferida e os bens do paciente e de cada um dos moradores do domicílio listados na Seção 1 que trabalhe. Liste a renda bruta, que é a renda antes de impostos e deduções.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: inclua alguma documentação que confirme essa renda: recibos de pagamento, imposto de renda, formulário W2, extratos bancários, extratos de corretagem ou outros comprovantes.

A seção 3 pode ser deixada em branco se o paciente e os moradores de seu domicílio não tiverem renda auferida ou bens.

Renda domiciliar

	PACIENTE	MORADOR 1 DO DOMICÍLIO	MORADOR 2 DO DOMICÍLIO	MORADOR 3 DO DOMICÍLIO	MORADOR 4 DO DOMICÍLIO	(APENAS PARA USO INTERNO)
Salários/Bonificações						
Seguro-desemprego						
Previdência Social						
Pensão Alimentícia + Pensão						
Renda de Trabalho Autônomo						
Renda de Juros/ Dividendos						
Pensão						
Aposentadoria/Ações/ Títulos						
Renda de Aluguel						
Pagamentos de Trust						
Remuneração de Funcionários						
Benefícios para Veteranos						

Declaração de ausência de renda

Se você **não tiver renda** e estiver sendo apoiado financeiramente por outra pessoa, solicite que ela preencha e assine a declaração abaixo.

Nome do Paciente _____

atualmente não tem renda. No momento, estou ajudando-o(a) com comida, moradia e roupas necessárias. Eu também forneço ajuda financeira no valor de US\$ _____ em média por mês.

Assinatura de Quem Está Ajudando _____

Data / /

Bens do domicílio - contas correntes e de poupança

TIPO DE CONTA	BANCO/INSTITUIÇÃO	SALDO

Tipo de conta: corrente ou poupança.

continuação da Seção 3 na página 5

Outros bens contáveis do domicílio

TIPO DE CONTA	BANCO/INSTITUIÇÃO	SALDO
Ações/Títulos		
Certificado de Depósito		
Títulos de Poupança dos EUA		
Conta Poupança de Saúde (HSA)		
Certificado de Poupança		
Clubes de Natal ou de Férias		
Outro		

4 Dificuldades médicas

Esta seção pode não ser aplicável a você. Preencha esta seção se você tiver contas médicas significativas. Liste as despesas de saúde no Tufts Medicine e em outros prestadores. Pode ser solicitada alguma documentação, mas ela não é necessária no momento.

DESPESAS MÉDICAS	VALOR TOTAL	COM QUE FREQUÊNCIA O CUSTO OCORRE?	(APENAS PARA USO INTERNO)
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	

Declaração legal — todos os solicitantes devem assinar

Juro (ou afirmo) que todas as informações indicadas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas no melhor de minha capacidade, conhecimento e crença. Concordo em informar ao Tufts Medicine, em até uma semana, sobre todas as alterações de renda, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar minha elegibilidade para receber assistência financeira no Tufts Medicine. Entendo que minhas informações de crédito e outras informações financeiras podem ser consultadas para verificar minha declaração e elegibilidade no programa. Entendo que tenho 30 dias para enviar a documentação de apoio precisa e necessária para que um desconto possa ser considerado.

Declarações fraudulentas do paciente com a finalidade de obter assistência financeira serão encaminhadas ao escritório do Procurador Geral de Massachusetts. Os pacientes que falsificarem a solicitação no Programa não serão mais elegíveis para o Programa e serão responsabilizados por todos os encargos incorridos enquanto estiverem inscritos no Programa de maneira retroativa ao primeiro dia em que os encargos foram incorridos no âmbito do Programa.

Assinatura do Solicitante _____

Data / /

Todos os solicitantes devem assinar a declaração legal para que sua solicitação seja considerada..