



# Ascension

[Date]

Caro Paciente/Candidato,

A Ascension é movida pela compaixão e dedicação em proporcionar cuidados personalizados para todos - especialmente os que mais necessitam. É nossa missão e privilégio oferecer assistência financeira aos nossos pacientes. A assistência financeira encontra-se disponível apenas para emergência e cuidados medicamente necessários. Obrigado por confiar em nós para cuidarmos de si e da sua família para todas as suas necessidades em termos de cuidados de saúde.

Estamos a enviar-lhe esta carta e o pedido de assistência financeira em anexo porque recebemos o seu pedido. Se não solicitou isto, por favor desconsidere. Preencha ambos os lados, incluindo a sua assinatura e data antes de o devolver. Se tiver preenchido uma candidatura nos últimos seis meses e tiver sido aprovado para assistência financeira, queira notificar-nos - pois pode não necessitar de preencher uma nova candidatura. Infelizmente, não podemos confiar numa candidatura prévia com mais de seis meses.

Juntamente com a candidatura, terá de providenciar a verificação do rendimento do seu agregado familiar e a verificação de todos os bens pertencentes a qualquer membro do agregado familiar.

## **Os exemplos de prova de rendimento e bens incluem:**

- Cópias dos 3 recibos mais recentes do empregador
- Cópias da declaração fiscal de rendimentos anual mais recente (se for um trabalhador independente, inclua todos os trimestres)
- Carta de atribuição de reforma da segurança social e/ou de pensão
- A declaração anual de impostos mais recente dos pais ou tutores, se o requerente tiver menor de 25 anos e estiver listado como dependente na sua declaração de impostos
- Cópia do recibo de subsídio de desemprego
- Aprovação/recusa de elegibilidade para Medicaid e/ou assistência médica financiada pelo Estado
- Outros documentos de validação de rendimento

## **Os exemplos de prova de bens incluem:**

- Extratos bancários correntes (contas correntes e de poupança) dos últimos 3 meses
- Investimentos, incluindo ações e obrigações
- Fundos fiduciários
- Contas de mercados financeiros
- Fundos mútuos

Se receber assistência ou viver numa casa com uma família ou amigos, pedimos-lhes que preencham o formulário em anexo com o rótulo "Carta de Apoio". Isto não os irá tornar responsáveis pelas suas contas médicas. Isto irá ajudar a demonstrar como consegue suportar as despesas correntes. Se não receber assistência de familiares e amigos, não necessita de preencher a Carta de Apoio.

Por último, poderemos considerar as suas contas médicas por pagar para o qualificar para a assistência financeira. Se pretender que tenhamos isto em consideração, forneça também documentação sobre os seus custos médicos e farmacêuticos/médicos mensais por pagar, tais como faturas correntes ou extratos de saldos de conta. **Tenha em consideração que a 1) candidatura preenchida juntamente com 2) prova de rendimentos, 3) bens, e 4) contas médicas pendentes (se aplicável) devem ser recebidas para que o pedido possa ser considerado. Não podemos processar ou considerar as candidaturas que não estejam completas.**

Ao submeter a sua candidatura, tenha em mente que as comunicações por e-mail através da Internet não são seguras. Embora possa ser improvável, existe a possibilidade de que a informação que inclui num e-mail possa ser interceptada e lida por outras partes, para além da pessoa a quem é dirigida. Queremos proteger as suas informações pessoais e garantir que estas se mantêm seguras. Uma vez que o pedido contém o seu número de segurança social e outras informações privadas, pedimos-lhe que se abstenha de o enviar por e-mail.

**Imprima e envie por correio ou entregue em mão a sua candidatura preenchida e documentação de apoio para o seguinte endereço:**

**Ascension St. Vincent's  
PO Box 932886  
Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group  
PO Box 80278  
Indianapolis, IN 46240**

Estamos aqui para ajudar e queremos assegurar que os pacientes que se qualificam para a assistência financeira a recebam. Se tiver alguma dúvida sobre esta candidatura, documentos de apoio necessários, ou sobre a melhor forma de nos enviar a sua candidatura, contacte um dos nossos Representantes dos Pacientes em 904-308-7381.

Atenciosamente,

Serviços financeiros para pacientes da  
Ascension

# Formulário de solicitação de assistência financeira



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

## Informações do doente

(Imprima e todos os campos devem ser preenchidos. Indique N/A se não for aplicável a nenhuma linha individual do pedido)

Data \_\_\_\_\_ Número da conta \_\_\_\_\_

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal Número da

seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatícia \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Informações da parte responsável/informações do responsável legal

(Se o doente acima for igual ao responsável, deixe esta seção em branco.)

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal Número da

seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatícia \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Informações do cônjuge responsável

(Se o doente for igual ao responsável, preencha as informações do cônjuge do doente.)

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal Número da

seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatícia \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Dependentes da parte responsável

(Se o doente for igual ao responsável, preencha as informações do cônjuge do doente.)

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relação com a parte responsável \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relação com a parte responsável \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relação com a parte responsável \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relação com a parte responsável \_\_\_\_\_

Número de adultos e crianças que vivem no domicílio \_\_\_\_\_

## Renda mensal

(Preencha os valores em dólares para cada item listado abaixo. Forneça um valor por mês para cada um.)

Renda ganha do requerente \_\_\_\_\_  
Renda do cônjuge do requerente \_\_\_\_\_  
Benefícios da seguridade social \_\_\_\_\_  
Renda da pensão/aposentadoria \_\_\_\_\_  
Renda de invalidez \_\_\_\_\_  
Auxílio-desemprego \_\_\_\_\_  
Auxílio ao trabalhador \_\_\_\_\_  
Renda de juros/dividendos \_\_\_\_\_

Pensão alimentícia recebida \_\_\_\_\_  
Pensão financeira recebida \_\_\_\_\_  
Renda de arrendamentos \_\_\_\_\_  
Vale-alimentação \_\_\_\_\_  
Distribuição de fundos fiduciários recebidos \_\_\_\_\_  
Outra renda \_\_\_\_\_  
Outra renda \_\_\_\_\_  
**Renda mensal bruta total \$** \_\_\_\_\_

## Custo mensal de vida

Hipoteca/arrendamento \_\_\_\_\_  
Serviços utilitários \_\_\_\_\_  
Telefone (fixo) \_\_\_\_\_  
Telefone móvel \_\_\_\_\_  
Mercado/alimentos \_\_\_\_\_  
Cabo/Internet/TV por satélite \_\_\_\_\_  
Pagamento do carro \_\_\_\_\_  
Creche \_\_\_\_\_

Pensão alimentícia/financeira \_\_\_\_\_  
Cartões de crédito \_\_\_\_\_  
Contas médicas/hospitalares \_\_\_\_\_  
Seguro do automóvel \_\_\_\_\_  
Seguro residencial/patrimonial \_\_\_\_\_  
Seguro médico/de saúde \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Outra despesa mensal \_\_\_\_\_  
**Despesas mensais totais \$** \_\_\_\_\_

## Ativos

Dinheiro/conta poupança/conta corrente \_\_\_\_\_  
Ações/títulos/investimentos/CD(s) \_\_\_\_\_  
Outros imóveis/residência secundária \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/veículo recreativo \_\_\_\_\_  
Veículos de colecionador/veículos não essenciais \_\_\_\_\_  
Outros ativos \_\_\_\_\_

Certifico que as informações acima são verdadeiras e completas da melhor maneira possível. Autorizo o hospital a obter informações de agências externas de notificação de crédito, se o hospital considerar necessário.

Assinatura do requerente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Comentários** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

# Carta de apoio

Número do prontuário do paciente/número da conta \_\_\_\_\_

Nome do apoiante \_\_\_\_\_

Relação com o doente/requerente \_\_\_\_\_

Morada do apoiante \_\_\_\_\_

Para a Ascension:

Esta carta é para informar que (nome do paciente) \_\_\_\_\_ recebe pouca ou nenhuma renda, e estou a ajudar nas despesas cotidianas. Ele/ela tem pouca ou nenhuma obrigação para comigo.

Ao assinar esta declaração, concordo que as informações fornecidas são verdadeiras de acordo com o meu conhecimento.

Assinatura do apoiante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_