

Formulário de solicitação de assistência financeira

Importante: PODERÁ RECEBER ASSISTÊNCIA GRATUITA OU COM DESCONTO: Preencher esta solicitação ajudará o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, a determinar se pode receber serviços gratuitos ou com desconto, ou outros programas que podem ajudar a pagar pelos seus cuidados de saúde. Envie esta solicitação ao endereço listado na carta de apresentação.

SE NÃO POSSUI COBERTURA DE SEGURADORA, NÃO É NECESSÁRIO UM NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL PARA QUALIFICAR-SE PARA O ATENDIMENTO GRATUITO OU COM DESCONTO. Entretanto, é necessário um número da seguridade social para alguns programas públicos, incluindo o Medicaid. Não é obrigatório informar um número da seguridade social, mas isso ajuda o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, a determinar se está qualificado para quaisquer programas públicos. Para quaisquer questões indicadas como "opcionais" no formulário, a sua resposta (ou ausência de resposta) não terá nenhum efeito no desfecho da solicitação.

Preencha este formulário e envie-o para Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates pessoalmente, pelo correio, por correio eletrónico, ou por fax para solicitar os cuidados gratuitos ou com desconto o mais cedo possível após a data do atendimento. Nós aceitaremos a sua solicitação até 240 dias após a primeira fatura do seu atendimento. Ao enviar esta solicitação, o utente reconhece que empreendeu esforços de boa-fé para fornecer todas as informações solicitadas no formulário para auxiliar o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, a determinar se o paciente está elegível para a assistência financeira. Se tem alguma dúvida sobre o processo da solicitação, pode entrar em contacto com o departamento de orientação financeira do Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, quanto a perguntas e preocupações pelo 833-272-7585.

As queixas ou preocupações quanto ao processo de solicitação do desconto para pacientes sem cobertura ou ao processo de assistência financeira do hospital podem ser direcionadas ao Health Care Bureau (Departamento de Cuidados de Saúde) da Illinois Attorney General (Procuradoria Geral de Illinois). A linha de atendimento gratuita do Health Care Bureau é 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informações do paciente

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

Data _____ Número da conta _____

Nome (primeiro e apelido) _____

Data de nascimento _____ Estado civil _____ Telefone de contacto _____

Opcional - Identidade de género – Identifica-se como: Homem Mulher Homem transgénero/homem trans/trans feminino para masculino (FTM)

Mulher transgénero/mulher trans/trans masculino para feminino (MTF)

Género queer/Género não conforme, nem exclusivamente masculino nem feminino Categoria adicional de género (ou outro)

Opcional - Identidade de género: Qual sexo foi originalmente atribuído no seu certificado de nascimento?: Masculino Feminino

Opcional - Raça: Branca Negra ou Afroamericana Nativa americana ou do Alaska Asiática Indiana Chinesa Filipina Japonesa

Coreana Vietnamita Outra raça asiática Havaiana nativa Guamaniana ou Chamorro Samoana Outra raça das Ilhas do Pacífico

Opcional – Etnia: Hispânica, Latina, ou de origem espanhola Mexicana, Mexicano-americana, Chicana Porto-riquenha

Cubana Outra origem hispânica, latina ou espanhola

Opcional – Idioma - Fala outro idioma que não a língua inglesa no seu domicílio?: Sim Não

Em caso afirmativo, qual é o idioma?: _____

Morada _____ Cidade _____ Estado _____ ZIP (código postal) _____

Opcional - Número da seguridade social _____

Empregador _____ Situação laboral _____

Número de telefone do empregador _____

Informações da parte responsável/informações do responsável legal

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

Nome (primeiro e apelido) _____

Data de nascimento _____ Estado civil _____ Telefone _____

Morada _____ Cidade _____ Estado _____ Zip (código postal) _____

Número da seguridade social (opcional) _____

_____ Empregador _____ Situação laboral _____

Informações do cônjuge responsável

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

Nome (primeiro e apelido) _____

Data de nascimento _____ Estado civil _____ Telefone _____

Morada _____ Cidade _____ Estado _____ Zip (código postal) _____

Número da seguridade social (opcional) _____

_____ Empregador _____ Situação laboral _____

Telefone do empregador _____

Dependentes da parte responsável

(Se o paciente 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 _____

Renda mensal bruta total \$ _____

Custo mensal de vida

Os pacientes presumivelmente elegíveis para a assistência financeira, conforme descritos na Política de Assistência Financeira do Alexian Brothers Health System's, d/b/a Ascension Illinois affiliates, não precisam preencher esta seção.

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 _____

Outras despesas mensais _____

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 _____

Economias para cuidado da saúde/conta para despesas flexíveis _____

Eu autorizo o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, a obter informações de agências de relatório de crédito externas. Por meio deste documento, eu certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas no melhor do meu entendimento. Eu me candidato para quaisquer assistências estaduais, federais ou locais para as quais eu seja elegível para ajudar com o pagamento das minhas despesas médicas. Eu entendo que as informações fornecidas podem ser verificadas pelo Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Informações affiliates, e eu autorizo o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, a entrar em contacto com terceiros para verificar as informações fornecidas neste formulário. Eu compreendo que se eu fornecer informações incorretas neste formulário conscientemente, eu serei inelegível para a assistência financeira, qualquer assistência financeira concedida a mim poderá ser revertida, e eu serei responsável pelo pagamento da(s) fatura(s).

Assinatura do requerente _____

Data _____

Comentários _____

Prezado Paciente/Requerente,

O Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, é orientado pela compaixão e está dedicado a fornecer cuidados personalizados para todos, especialmente para os mais necessitados. É nossa missão e privilégio oferecer assistência financeira aos nossos pacientes. A Assistência Financeira está disponível apenas para urgências e outros cuidados médicos necessários. Obrigado por confiar em nós para cuidar de si e de sua família para todas as suas necessidades de assistência médica.

Estamos a enviar esta carta e a Solicitação de Assistência Financeira em anexo porque recebemos sua solicitação. Se não solicitou isso, desconsidere. Preencha os dois lados, incluindo a sua assinatura e data antes de a devolver. Se preencheu um pedido nos últimos seis meses e foi aprovado para assistência financeira, notifique-nos. Pode não ser necessário fazer um novo pedido. Não consideraremos um pedido anterior com mais de seis meses.

Juntamente com o pedido, forneça uma cópia de pelo menos um dos itens a seguir como prova de renda. Se é casado ou vive com alguém por 6 meses ou mais, também precisam fornecer uma cópia de pelo menos um dos itens a seguir como prova de renda antes que o pedido possa ser processado.

- Cópias de três recibos de pagamento mais recentes do empregador
- Cópias da mais recente declaração anual de impostos (se trabalhador por conta própria, inclua todos os anexos)
- Carta de prémio da seguridade social e/ou pensão/aposentadoria
- Declaração de imposto anual mais recente dos pais ou responsáveis, se o requerente for um dependente listado no seu formulário fiscal e com menos de 25 anos
- Outros documentos de validação de renda
- Cópias dos extratos bancários dos últimos 3 meses
- Cópia do recibo do auxílio-desemprego

I

Por fim, forneça também a documentação como prova dos seus custos mensais pendentes com medicamentos e farmácias.

Saiba que o formulário preenchido, juntamente com a comprovação de renda, devem ser recebidos para que o pedido seja considerado. São podemos processar ou considerar solicitações incompletas.

Lembre-se de que as comunicações via correio eletrônico pela Internet não são seguras. Embora seja improvável, existe a possibilidade de que as informações incluídas em um correio eletrônico sejam interceptadas e lidas por outras partes além da pessoa a quem são endereçadas.

Queremos proteger suas informações pessoais e garantir que permaneçam seguras. Como o formulário contém seu número de seguridade social e outras informações particulares, recomendamos que evite enviá-lo por correio eletrônico.

Imprima e envie por correio, ou entregue em mãos seu pedido preenchido em um dos seguintes endereços:

Alexian Brothers Health System
Aos cuidados de: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8843

Se tiver alguma dúvida sobre este pedido, ligue para um de nossos representantes de pacientes no (833) 272-7585.

Atenciosamente,

Serviços Financeiros para os Pacientes,
Alexian Brothers Health
System, d/b/a Ascension
Illinois affiliates