



Ascension

Prezado Paciente/Requerente,

A Ascension é motivada pela compaixão e dedicada a fornecer atendimento personalizado a todos, especialmente aos 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 uma solicitação nos últimos seis meses e foi aprovado para a Assistência Financeira, notifique-nos. Poderá não ser necessário preencher uma nova solicitação. Infelizmente, não podemos basear-nos numa solicitação anterior que seja mais antiga do que seis meses.

Juntamente com a solicitação, forneça um comprovante da sua renda familiar e de todos os ativos possuídos por todos os membros da família.

Exemplos de comprovante de rendimentos e ativos incluem:

- 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
- Cópia do recibo do auxílio-desemprego
- Aprovação/recusa de elegibilidade para o Medicaid e/ou assistência médica financiada pelo estado
- Outros documentos de validação de renda

Exemplos de comprovante de ativos incluem:

- Extratos bancários atuais (conta corrente e poupança) dos últimos 3 meses
- Investimentos, incluindo ações e títulos
- Fundos fiduciários
- Contas no mercado financeiro
- Fundos de investimento

Finalmente, poderemos considerar as suas faturas médicas pendentes para a sua qualificação para a Assistência Financeira. Se gostava que considerássemos isto, envie também documentação dos seus custos mensais pendentes com medicamentos e farmácias, como faturas ou extratos de contas atuais. **Esteja ciente de que 1) a solicitação preenchida com 2) comprovação de renda, 3) ativos e 4) custos mensais pendentes (se aplicável), devem ser recebidas para que a solicitação seja considerada. Não podemos processar ou considerar solicitações incompletas.**

Lembre-se de que as comunicações via correio eletrónico pela Internet não são seguras. Embora seja improvável, existe a possibilidade de que as informações incluídas em um correio electrónico 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 electrónico.

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

**Ascension Providence - Patient Financial Services
Aos cuidados de: Financial Counselors
PO Box 206767
Dallas TX, 75320
800-291-1493**

**Ascension Medical Group
Aos cuidados de: Financial Assistance Department
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789**

Estamos aqui para ajudar e queremos garantir que os Pacientes qualificados para a Assistência Financeira recebam-na. Se tiver alguma dúvida sobre esta solicitação, documentação de apoio necessária, ou qual a melhor maneira de enviar-nos a sua solicitação, ligue para um dos nossos Representantes do Paciente (Patient Representatives) no 512-324-1125.

Atenciosamente,

Patient Financial Services
Ascension

Formulário de solicitação de assistência financeira



**Ascension
Seton**

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 _____

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

Número da seguridade social (opcional) _____

Empregador _____ Situação empregatícia _____

Número de horas trabalhadas por semana _____ 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 empregatícia _____

Número de horas trabalhadas por semana _____ Telefone do empregador _____

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 empregatícia _____

Número de horas trabalhadas por semana _____ 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 _____

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 _____

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 _____

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 _____
