



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

Caro doente/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 doentes. A assistência financeira está disponível apenas para emergências 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 o pedido de assistência financeira em anexo porque recebemos sua solicitação. Se não solicitou isso, desconsidere. Preencha os dois lados, incluindo sua assinatura e data antes de o devolver. Se preencher 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 folhas de pagamento mais recentes do empregador
- Cópias da declaração anual de imposto mais recente (se trabalhador por conta própria, inclua todos os anexos) ou verificação de não preenchimento ([www.irs.gov/form4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Carta de Prémio de Previdência Social e/ou Pensão
- 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

Se receber assistência ou mora em uma casa com uma família ou amigos, peça que preencham o formulário em anexo "Carta de Suporte" e inclua a cópia do documento de identificação com foto. Isso não os responsabilizará por suas contas médicas. Isso ajudará a mostrar como pode pagar as despesas de subsistência. Se não receber assistência de familiares e amigos, não precisará preencher o formulário da Carta de Suporte.

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. Não podemos processar ou considerar pedidos incompletos.

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

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

**ASCENSION ST. VINCENT'S  
RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM  
1 SHIRCLIFF WAY  
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S  
SOUTHSIDE  
HOPE PROGRAM  
4201 BELFORT RD  
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY  
COUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

Se tiver alguma dúvida sobre este pedido, ligue para um de nossos representantes de pacientes em (904) 308-1956.

Atenciosamente,

Serviços Financeiros do  
Doente Ascension St.  
Vincent



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

### Perguntas adicionais sobre triagem para assistência financeira

Tem seguro de saúde?	S N	Nome da seguradora e ID do membro _____
Tem menos de 21 anos ou mais de 65 anos?	S N	<input type="checkbox"/> Menos de 21 anos <input type="checkbox"/> Mais de 65 anos
Tem filhos menores de idade em casa?	S N	
Está grávida?	S N	
Foi considerado inválido pela Administração de Seguridade Social ou tem um caso de invalidez pendente?	S N	<input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> Pendente: quando inscreveu-se?
Qual é o seu status de cidadania americana? <i>Observação: esta pergunta é feita apenas para fins de elegibilidade ao Medicaid Emergência</i>	S N	<input type="checkbox"/> Cidadania americana <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Cartão verde (Green Card) <input type="checkbox"/> VISTO (trabalho ou turismo)

### Indique o motivo pelo qual está solicitando assistência financeira/HOPE

- Tenho contas médicas pendentes devido a uma visita à sala de emergência/internação/atendimento agendado (circule uma ou mais respostas)
- Outro (forneça uma breve explicação) \_\_\_\_\_

### Tempo de processamento do pedido

- Pode levar até 45 dias, mas nossos consultores financeiros estão trabalhando diligentemente para processar seu pedido o mais rápido possível.
- Para ajudar nossos Consultores Financeiros com o processo, verifique se enviou a solicitação totalmente preenchida e assinada e com todos os documentos necessários para evitar atrasos no processamento do seu pedido.



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

## Instruções detalhadas do pedido de assistência financeira

- Formulário de solicitação de assistência financeira  
Preencha todos os campos aplicáveis, assinatura e data
- Perguntas sobre triagem para assistência financeira  
Marque Sim ou Não e forneça informações adicionais quando necessário
- Carta de apoio  
Preencha se aplicável a si
- Formulário de Atestado para Sem-Teto  
Preencha se aplicável a si
- Divulgação de informações financeiras, formulário 2613 (residentes da FL apenas)  
Este formulário deve ser usado para fins de determinação e elegibilidade da Medicaid pelo DCF (Departamento de Crianças e Famílias) e se é elegível.  
As linhas de assinatura devem incluir a assinatura do doente e do cônjuge, se aplicável.
- Nomeação do representante designado, formulário 2505 (somente residentes da FL) assinatura e data na linha de assinatura do cliente.  
Este formulário deve ser usado para fins de elegibilidade e determinação da Medicaid. Nos permite concluir sua inscrição na Medicaid e acompanhar o seu caso da Medicaid. Não digite um nome para o representante.
- Anexo C (somente residentes da GA)  
Assine seu nome sob 10 e a data sob 11.
- Autorização R1 para assinatura e data da representação do doente.
- Autorização R1 para discutir cobertura de assistência médica  
Preencha as informações solicitadas, se aplicável a si.

# 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 \_\_\_\_\_



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

**FORMULÁRIO DE ATESTADO PARA SEM-TETO**

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos do SSN: \_\_\_\_\_ SSN verificado (S/N): \_\_\_\_\_

Atualmente, sou sem-teto e tenho permissão para receber correspondências na seguinte morada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recebo vale-refeição no valor de US\$ \_\_\_\_\_ por mês.

Estou desempregado e não tive renda nos últimos \_\_\_\_\_ meses.

**DOENTE**

Atesto que minha resposta à declaração anterior é verdadeira, completa e precisa. Ao assinar este Atestado, certifica que leu este atestado ou que foi lido para si, e que aplicou uma assinatura válida e legal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do doente Data Telefone

**Proprietário/arrendador**

Peça ao proprietário/arrendador da casa onde tem permissão para receber correspondências que preencha esta seção:

\_\_\_\_\_ Atesto \_\_\_\_\_ que  
atualmente está sem-teto e tem permissão para receber correspondências na minha morada residencial listada acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do residente Data Telefone





Estado da Flórida  
Estado De La Florida

Departamento de Crianças e Famílias  
Departamento de Niños y Familias

**AUTORIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
FINANCEIRAS**  
*Autorización Para Informe Economico*

Data (Fecha): \_\_\_\_\_

Número do processo ou número ACCESS  
(Numero def Caso o Numero de ACCESS)

A quem possa interessar:  
(A Quien Pueda Interesar):

Por meio deste, concedo permissão e autorizo qualquer banco, associação predial, empregador, seguradora, empresa imobiliária, agência governamental ou qualquer instituição financeira de qualquer tipo ou caráter a divulgar a qualquer agente do Departamento de Crianças e Famílias informações completas sobre minhas contas bancárias, ganhos, apólices de seguro, bens ou benefícios, pelo período listado abaixo.

*(Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafiia de construcci6n, compafiia de seguros, compafiia de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sabre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

Essa autorização é válida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*(Esta autorizaci6n es valida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.)*

Assinatura(s):  
(Firma(s))

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome(s) na conta:  
(Nombre(s) en la Cuenta)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Assinatura do especialista em ESS

Data



**Limpar**

## NOMEAÇÃO DE REPRESENTANTE

Nome do cliente

Número do  
processo

### Preenchido pelo cliente

Gostaria de \_\_\_\_\_ agir em meu nome para determinar minha  
elegibilidade para assistência pública do Departamento de Crianças e Famílias.  
Nome do representante

Assinatura do cliente

Data

### Preenchido pelo representante

Entendo que, ao aceitar este compromisso, sou responsável por fornecer ou ajudar no fornecimento das informações necessárias para estabelecer a elegibilidade dessa pessoa para assistência. Entendo que posso ser processado por perjúrio e/ou fraude se reter informações ou intencionalmente fornecer informações falsas.

Assinatura do representante

Data

Relação com o cliente

Morada

Cidade

Estado

Telefone

### Autonomeação pelo representante

Estou a agir \_\_\_\_\_ no fornecimento de informações para estabelecer a elegibilidade para assistência, porque ele/ela é incapaz de agir em seu próprio nome. Fornecerei informações da melhor maneira possível. Entendo que, se reter informações ou fornecer intencionalmente informações falsas, posso ser processado por perjúrio e/ou fraude. Concordo em relatar imediatamente qualquer mudança em sua situação da qual tenha conhecimento.

Assinatura do representante

Data

Relação com o cliente

Morada

Cidade

Estado

Telefone

## Assistência para preencher este formulário

### Pode escolher um representante autorizado.

Pode conceder permissão a uma pessoa de confiança para conversar sobre esse formulário conosco, ver suas informações e agir por si em questões relacionadas a esse formulário, incluindo obter informações sobre seu pedido e assinar seu pedido em seu nome.

Essa pessoa é chamada de “representante autorizado”. Se precisar alterar seu representante autorizado, entre em contato com a Divisão de Serviços de Crianças e Famílias (DFCS) no telefone 1-877-423-4746. Se é um representante legalmente designado para alguém neste pedido, envie uma prova com o pedido.

1. Nome do representante autorizado (Nome, Nome do Meio, Apelido)		
2. Morada		3. Número do apartamento
4. Cidade	5. Estado	6. Código postal
7. Telefone (     )     -		
8. Nome da		9. Número de identificação
Ao assinar, permite que essa pessoa assine seu pedido, obtenha informações oficiais sobre esse pedido e atue a seu favor em todos os assuntos futuros com esta agência.		
10. Sua		11. Data

### Apenas para conselheiros, navegadores, agentes e corretores de pedidos certificados.

Preencha esta seção se for um conselheiro, navegador, agente ou corretor certificado, preenchendo este formulário para outra pessoa.

1. Data de início do pedido (mm/dd/aaaa)	
2. Primeiro nome, nome do meio, apelido e sufixo	
3. Nome da	4. Número de identificação



**PRECISA DE AJUDA COM O PEDIDO?** Visite [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov) ou ligue para 1-877-423-4746. Para obter uma cópia de este formulário em Español, llame 1-877-423-4746. Se precisar de ajuda em um idioma que não seja o inglês, ligue para 1-877-423-4746 e informe ao representante de atendimento ao cliente o idioma que precisa. Obteremos ajuda sem nenhum custo para si. Usuários TTY devem ligar para 1-800-255-0135.







INSTRUÇÕES: Forneça dois contatos adicionais com os quais a R1 RCM Inc. possa falar em seu nome em relação ao seu caso de seguro de saúde/Medicaid/Medicare:

AUTORIZAÇÃO PARA DISCUTIR COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Autorizo a R1 RCM Inc. a utilizar ou divulgar informações relacionadas à minha cobertura de assistência médica com as pessoas listadas abaixo. Esta autorização entrará em vigor até que a cobertura de assistência médica seja aprovada, seja feita uma determinação final de que não sou elegível para nenhuma cobertura de assistência médica ou que a retire, mediante notificação por escrito à R1 RCM Inc.

Nome: \_\_\_\_\_

Relação com o doente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Relação com o doente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do doente (legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pessoa autorizadora se não for o Doente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Morada

\_\_\_\_\_  
Cidade Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal Telefone

Ascension St. Vincent's  
\_\_\_\_\_  
Hospital / Data de admissão

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha (se o doente não puder assinar)

\_\_\_\_\_  
Representante da R1 RCM, Inc.