



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Aplicação para Assistência Financeira

A Hallmark Saúde orgulha-se de fornecer o melhor atendimento para cada paciente. A Hallmark Saúde oferece assistência financeira através de sua Política de Assistência Financeira aos pacientes incapazes de pagar por cuidados urgentes ou medicamento necessários. A Assistência Financeira Hallmark Saúde não se destina a cobrir cuidados não urgentes e não emergenciais. Não se destina a fornecer descontos em co-pagamentos de seguros, co-seguros ou franquias.

Os pacientes que têm os meios devem pagar pelos serviços recebidos na Hallmark Saúde. No entanto, a elegibilidade para assistência financeira está disponível para você. Os pacientes são fortemente encorajados a solicitar qualquer programa de assistência governamental disponível, como MassHealth, ou Health Safety Net, antes de se candidatar ao Programa Hallmark Health Financial Assistance Program (Programa de Assistência Financeira). A falta de candidatura a um programa de assistência governamental ao qual você potencialmente se qualifique pode resultar em atraso ou negação de sua candidatura. Se você precisar de ajuda para se candidatar a programas de assistência governamental, um dos nossos conselheiros financeiros Hallmark Saúde pode ajudar.

A sua qualificação para programas de assistência financeira depende da sua conclusão completa e precisa deste Aplicação de Assistência Financeira.

Instruções para Aplicação

Complete totalmente o Pedido de Assistência Financeira e inclua cópias dos seguintes documentos para todos os candidatos. A falha em devolver todos os documentos necessários dentro de 30 dias fará com que o pedido seja negado. Anexe cópias de qualquer documento enviado, as quais, infelizmente, não podem ser devolvidas.

- Complete todas as seções aplicáveis do formulário e não se esqueça de assinar a declaração na página 4.
- Inclua uma cópia da sua carteira de motorista, outra identificação com foto ou documentos que verifiquem sua residência atual. Qualquer coisa enviada deve incluir seu nome e endereço atual.
- Inclua uma cópia do (s) seu (s) cartão (s) de seguro.
- Inclua alguma forma de verificação de renda:
 - Inclua uma cópia do seu W2 (s) mais recente (s) ou talões de pagamento (4 se pago semanalmente, 2 se for pago duas vezes por semana)
 - Se houve uma mudança recente na receita, inclua documentação como demonstrações de desemprego, extratos bancários/investimentos, declarações de cuidados de longo prazo, declarações de pensão e/ou declarações de segurança social.
- Se o paciente for falecido, forneça uma cópia do certificado de óbito e uma carta indicando o estado da propriedade.

Conselheiros Financeiros:

Para obter assistência para preencher o contato de sua aplicação, entre em contato pelo **781-338-7111**, para agendar uma consulta com um dos conselheiros financeiros da Hallmark Saúde. Os Conselheiros Financeiros estão localizados em: Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1º Andar perto da entrada da Rua Porter, Melrose ou Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, perto do Departamento de Emergência, Medford.

Envie sua aplicação concluída para:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

| Parte I: Sobre o Paciente | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Nome do Paciente: | | |
| Data de Nascimento: | SSN do Paciente: | Telefone: |
| Endereço: | | |
| Cidade: | Estado: | Código Postal: |
| Você é cidadão dos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| Caso NÃO, você é residente permanente, residindo legalmente nos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| Informação do Candidato (se diferente da informação do paciente acima) | | |
| O candidato é o paciente ou a pessoa que é financeiramente responsável pelo paciente. | | |
| Nome do Candidato: | | |
| Endereço: | | |
| Cidade: | Estado: | Código Postal: |
| Telefone: | | |
| Membros da Família do Paciente | | |
| Liste todos os membros da família, a data de nascimento e o relacionamento com o candidato. Um membro da família é uma pessoa que está relacionada a você ou vive com você durante todo o ano como membro da sua casa que você reivindica em sua declaração de imposto de renda. | | |
| Membro Familiar 1: | | |
| Data de Nascimento: | Relação com o Paciente: | |
| Membro Familiar 2: | | |
| Data de Nascimento: | Relação com o Paciente: | |
| Membro Familiar 3: | | |
| Data de Nascimento: | Relação com o Paciente: | |
| Membro Familiar 4: | | |
| Data de Nascimento: | Relação com o Paciente: | |
| Membro Familiar 5: | | |
| Data de Nascimento: | Relação com o Paciente: | |
| Parte 2: Informação sobre o Seguro do Paciente | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você enviou um pedido de Medicaid nos últimos seis (6) meses? | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você tem um pedido de Medicaid pendente ou aprovado? | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Seu pedido de Medicaid foi negado? | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você tem seguro médico? | | |
| Informações de Seguro Primário: | | |
| Nome do Seguro: | | |
| Endereço: | | |
| Apólice/ID Nº: | Grupo Nº: | |
| Nome do Assinante: | | |
| Data de Nascimento do Assinante: | Relação com o Assinante: | |
| Empregador do Assinante: | Data Efetiva: | |
| Informações de Seguro Secundário | | |
| Nome do Seguro: | | |
| Endereço: | | |
| Apólice/ID Nº: | Grupo Nº: | |
| Assinante: | Data de Nascimento do Assinante: | |
| Relação com o Assinante: | Empregador do Assinante: | |
| Data Efetiva: | | |

Parte 3: Renda e Ativos Brutos Mensais

Complete esta parte sobre o rendimento e os recursos do trabalho para o paciente e cada membro da família listado na Seção 1 que trabalhem. Indique o rendimento bruto, que é o rendimento antes de impostos e deduções.

| | Paciente | Familiar 1 | Familiar 2 | Familiar 3 | Familiar 4 | Familiar 5 |
|------------------------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Salários / Gorjetas | | | | | | |
| Seguro desemprego | | | | | | |
| Seguro Social | | | | | | |
| Manutenção infantil + pensão alimentícia | | | | | | |
| Renda de autônoma, após despesas | | | | | | |
| Juros / rendimentos de dividendos | | | | | | |
| Pensão | | | | | | |
| IRA / Ações / Títulos | | | | | | |
| Renda | | | | | | |
| Pagamentos fiduciários | | | | | | |
| Compensação dos trabalhadores | | | | | | |
| Benefícios de veteranos | | | | | | |

Declaração de Ausência de Renda

SIM NÃO Caso a renda familiar seja nula, há alguém fornecendo-lhe suporte?.

Se você respondeu "sim" acima, e está sendo apoiado financeiramente por outra pessoa, por favor, peça para que ele/ela preencha e assine abaixo.

Nome do Paciente: _____ não possui renda atualmente. Estou, temporariamente, apoiando-o/a (s) com comida, moradia e vestimenta necessários. Também propicio uma ajuda financeira de \$ _____ em média por mês.

Assinatura do Apoiador: _____ Data: _____

Ativos Familiares

Liste quaisquer contas e/ou economias que possua abaixo.

| Tipo de Conta | Instituição Bancária | Saldo de _____ |
|---------------|----------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Outros Ativos Familiares

Liste as informações que você possui para qualquer um dos seguintes tipos de contas.

| Tipo de Conta | Instituição Bancária | Saldo de _____ |
|------------------------------|----------------------|----------------|
| Ações / Títulos | | |
| Comprovante de depósito | | |
| Títulos de poupança dos EUA | | |
| Conta de poupança de saúde | | |
| Certificado de poupança | | |
| Clubes de Natal ou de férias | | |
| Outros | | |

Parte 4: Dificuldades Médicas

Esta seção pode não ser aplicável a você. Por favor, complete esta seção se você possui contas médicas significativas. Liste todas as despesas de saúde da Hallmark Saúde e outros provedores. A documentação pode ser solicitada, mas não é necessária neste momento.

| Nome do Provedor | Total de Despesas Médicas | Frequência que ocorre o gasto |
|------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <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 |

Parte 5: DECLARAÇÃO – TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR

Todos os candidatos **DEVEM** assinar a declaração abaixo para que sua aplicação seja considerada.

Eu juro e afirmo que toda a informação indicada neste formulário é verdadeira, correta e completa ao máximo da minha capacidade e conhecimento e convicção. Aceito informar a Hallmark Saúde de todas e quaisquer alterações nos rendimentos, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar minha elegibilidade para receber assistência financeira na Hallmark Saúde. Eu entendo que meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para verificar minha declaração e elegibilidade para o programa. Eu entendo que tenho trinta (30) dias para enviar a documentação de suporte precisa e necessária para ser considerado um desconto.

As declarações fraudulentas do paciente com a finalidade de obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral da Massachusetts. Os pacientes que falsificam a aplicação do Programa deixarão de ser elegíveis para o Programa e serão responsáveis por todos os encargos incorridos enquanto estiverem inscritos no Programa retroativamente ao primeiro dia em que os encargos foram incorridos ao abrigo do Programa.

Assinatura do candidato: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO – APENAS NECESSÁRIO SE O CÔNJUGE TAMBÉM ESTIVER APLICANDO-SE

Se o cônjuge do candidato também estiver solicitando assistência financeira, o cônjuge do candidato **DEVE** assinar a declaração abaixo para que sua candidatura seja considerada.

Eu juro e afirmo que toda a informação indicada neste formulário é verdadeira, correta e completa ao máximo da minha capacidade e conhecimento e convicção. Aceito informar a Hallmark Health de todas e quaisquer alterações nos rendimentos, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar minha elegibilidade para receber assistência financeira na Hallmark Health. Eu entendo que meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para verificar minha declaração e elegibilidade para o programa. Eu entendo que tenho trinta (30) dias para enviar a documentação de suporte precisa e necessária para ser considerado um desconto.

As declarações fraudulentas do paciente com a finalidade de obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral da Massachusetts. Os pacientes que falsificam a aplicação do Programa deixarão de ser elegíveis para o Programa e serão responsáveis por todos os encargos incorridos enquanto estiverem inscritos no Programa retroativamente ao primeiro dia em que os encargos foram incorridos ao abrigo do Programa.

Assinatura do cônjuge do requerente: _____ Data: _____