

Candidatura à Assistência Financeira

O MelroseWakefield Healthcare orgulha-se em oferecer os melhores cuidados a todos os pacientes. O MelroseWakefield Healthcare oferece assistência financeira através da sua política de assistência financeira a pacientes que não podem pagar pelos cuidados de emergência ou médicos necessários. A assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare não se destina a cobrir cuidados não emergentes e não urgentes. Não se destina a fornecer descontos em seguros, copagamentos, cosseguros ou franquias.

Espera-se que os pacientes que possuem os meios paguem pelos serviços recebidos no MelroseWakefield Healthcare. Contudo, a elegibilidade para a assistência financeira estará disponível para si. Os pacientes são fortemente incentivados a se candidatarem a qualquer programa de assistência governamental disponível, como o MassHealth ou o Health Safety Net, antes de se candidatarem ao programa de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. A não candidatura a um programa de assistência do governo para o qual potencialmente se qualifica, poderá resultar num atraso ou recusa na sua candidatura. Se necessitar de ajuda para se candidatar aos programas de assistência do governo, um dos nossos conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare poderá ajudá-lo.

A sua qualificação para os programas de assistência financeira depende do preenchimento total e preciso desta candidatura de assistência financeira.

Instruções de Candidatura

Por favor, preencha totalmente a candidatura de assistência financeira e inclua cópias dos seguintes documentos para todos os candidatos. A não entrega de todos os documentos necessários dentro de 30 dias fará com que a candidatura seja negada.

Por favor, anexe cópias de todos os documentos submetidos, pois, infelizmente, estes não podem ser devolvidos.

- Preencha todas as seções aplicáveis da candidatura e assine a declaração jurada na página 4.
- Inclua uma cópia da sua carta de condução, outro documento de identificação com fotografia ou documentos que confirmem a sua residência atual. Qualquer coisa submetida deve incluir o seu nome e endereço atual.
- Inclua uma cópia do(s) seu(s) cartão(ões) de seguro.
- Inclua alguma forma de verificação do rendimento:
 - Inclua uma cópia do(s) seu(s) W2 mais recente(s) ou de recibos de pagamento (4 se pagos semanalmente, 2 se pagos bissemanalmente)
 - Se existiu uma mudança recente no rendimento, inclua documentação como declarações de desemprego, extratos bancárias/de investimento, declarações de cuidados de longo prazo, declarações de reforma e/ou declarações da segurança social.
- Se o paciente tiver falecido, forneça uma cópia do atestado de óbito e uma carta onde conste o estado da propriedade.

Conselheiros Financeiros:

Para obter assistência no preenchimento da sua candidatura, entre em contacto connosco através do telefone **781-338-7111** para agendar uma consulta com um dos conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare. Os conselheiros financeiros estão localizados em: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, no 1º andar, perto da entrada da Porter Street, em Melrose ou no Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, perto do departamento de emergência em Medford.

Por favor, Envie a Sua Candidatura Preenchida Para:

MelroseWakefield Healthcare Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte 1: Sobre o Paciente		
Nome do Paciente:		
Data de Nascimento do Paciente:	Nº Segurança Social do Paciente:	Telefone:
Endereço Atual:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
É cidadão do Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se NÃO, é um residente permanente a residir legalmente nos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Informações do Candidato (se diferentes das Informações do Paciente acima)		
O candidato é o paciente ou a pessoa que é financeiramente responsável pelo paciente.		
Nome do Candidato:		
Endereço Atual do Candidato:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
Telefone do Candidato:		
Sobre o Agregado Familiar do Paciente		
Indique todos os membros do agregado familiar, as suas datas de nascimento e o relacionamento com o candidato. Um membro do agregado familiar é uma pessoa que está relacionada consigo ou que vive consigo durante todo o ano como um membro da sua família e que consta na sua declaração fiscal.		
Membro do Agregado Familiar 1:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 2:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 3:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 4:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 5:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Parte 2: Informações Sobre o Seguro do Paciente		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Submeteu uma candidatura ao Medicaid nos últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Tem uma candidatura ao Medicaid pendente ou aprovada?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO A sua candidatura ao Medicaid foi recusada?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Tem um seguro de saúde?		
Informações sobre o Seguro Primário		
Nome do Seguro:		
Endereço do Seguro:		
Apólice/ID #:	Grupo #:	
Nome do Subscritor:		
Data de Nascimento do Subscritor:	Relação com o Subscritor:	
Empregador do Subscritor:	Data Efetiva:	
Informações sobre o Seguro Secundário		
Nome do Seguro:		
Endereço do Seguro:		
Apólice/ID #:	Grupo #:	
Nome do Subscritor:		
Relação com o Subscritor:	Data de Nascimento do Subscritor:	
Empregador do Subscritor:		
Data Efetiva:		

Parte 3: Rendimento Bruto Mensal e Bens

Por favor, preencha esta parte sobre os rendimentos obtidos e bens do paciente e de cada membro do agregado familiar indicado na Seção 1 que trabalhe. Por favor, indique o rendimento bruto, que é o rendimento antes de deduzidos impostos e descontos.

	Paciente	Membro do Agregado Familiar 1	Membro do Agregado Familiar 2	Membro do Agregado Familiar 3	Membro do Agregado Familiar 4	Membro do Agregado Familiar 5
Vencimento/Salário/Gorjetas						
Seguro Desemprego						
Segurança Social						
Subsídio de Apoio aos filhos + Pensão						
Rendimentos de emprego próprio, após despesas						
Rendimentos de Juros/Dividendos						
Pensão						
IRA/Ações/Títulos						
Renda						
Pagamentos Fiduciários						
Compensação de Trabalhadores						
Benefícios dos Veteranos						

Ausência da Declaração de Rendimentos

SIM NÃO Se o rendimento do agregado familiar é zero, existe alguém que o apoia?

Se respondeu sim acima e está a ser apoiado financeiramente por outra pessoa, por favor, preencha e assine a declaração abaixo..

Nome do Paciente: _____, atualmente não tem rendimentos. Atualmente, estou apoiando-os com comida, abrigo e roupa necessária. Também lhes dou ajuda financeira no valor de \$ _____ em média por mês.

Assinatura do Prestador de Apoio: _____ Data: _____

Bens do Agregado Familiar

Indique abaixo informações sobre quaisquer contas correntes ou poupança

Tipo de Conta	Instituição Bancária	Saldo em _____

Outros Bens Contábeis do Agregado Familiar

Indique informações que possui sobre qualquer um dos tipos de contas a seguir.

Tipo de Conta	Instituição Bancária	Saldo em _____
Ações/Títulos		
Certificado de Depósito		
Títulos de Poupança dos EUA		
Conta Poupança de Saúde		
Certificado de Poupança		
Clubes de Natal ou de Férias		
Outro		

Parte 4: Dificuldades Médicas

Esta seção pode não ser aplicável a si. Por favor, preencha esta seção se tiver contas médicas significativas. Indique todas as despesas de saúde da MelroseWakefield Healthcare e outros prestadores. A documentação pode ser solicitada, mas não é necessária neste momento.

Nome do Prestador	Despesas Médicas Totais	Com Que Frequência o Custo Ocorre?		
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente

Parte 5: DECLARAÇÃO JURADA - TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR

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

Juro e afirmo que todas as informações indicadas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas, no melhor da minha capacidade, conhecimento e crença. Concordo em informar ao MelroseWakefield Healthcare todas e quaisquer alteração no rendimento, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar a minha elegibilidade para receber assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. Entendo que o meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para confirmar a minha declaração e elegibilidade para o programa. Entendo que tenho trinta (30) dias para submeter documentação de suporte precisa e necessária para ser considerada para um desconto.

Declarações fraudulentas do paciente com o objetivo de obter assistência financeira serão encaminhadas para o Massachusetts Attorney General's Office (Procuradoria Geral de Massachusetts). Os pacientes que falsificarem a candidatura ao Programa deixarão de estar elegíveis para o Programa e serão responsabilizados por todos os encargos incorridos enquanto estiveram inscritos no Programa, de forma retroativa, desde o primeiro dia em que as despesas foram incorridas sob o Programa.

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO JURADA - SOMENTE APLICÁVEL SE O CÔNJUGE DO CANDIDATO ESTIVER A CANDIDATAR-SE

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

Juro e afirmo que todas as informações indicadas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas, no melhor da minha capacidade, conhecimento e crença. Concordo em informar ao MelroseWakefield Healthcare todas e quaisquer alteração no rendimento, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar a minha elegibilidade para receber assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. Entendo que o meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para confirmar a minha declaração e elegibilidade para o programa. Entendo que tenho trinta (30) dias para submeter documentação de suporte precisa e necessária para ser considerada para um desconto.

Declarações fraudulentas do paciente com o objetivo de obter assistência financeira serão encaminhadas para o Massachusetts Attorney General's Office (Procuradoria Geral de Massachusetts). Os pacientes que falsificarem a candidatura ao Programa deixarão de estar elegíveis para o Programa e serão responsabilizados por todos os encargos incorridos enquanto estiveram inscritos no Programa, de forma retroativa, desde o primeiro dia em que as despesas foram incorridas sob o Programa.

Assinatura do Cônjuge do Candidato: _____ Data: _____