

Caro Paciente,

Em anexo está a Requisição de Assistência Financeira do Mount Auburn Hospital. Por favor, preencha-a por inteiro e encaminhe toda a documentação necessária. Requisições incompletas podem resultar no indeferimento da assistência financeira.

O prazo para o recebimento da requisição é de 240 dias a partir do primeiro extrato de cobrança referente aos serviços para os quais a assistência financeira estiver sendo requisitada.

O Mount Auburn Hospital e seus afiliados estão comprometidos em fornecer assistência financeira para pacientes com necessidades médicas que não tenham seguro de saúde, ou cujo seguro não ofereça cobertura suficiente, e que sejam inelegíveis para programas governamentais ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários, com base na sua situação financeira individual.

Em caso de dúvida, entre em contato com o Aconselhamento Financeiro pelo número abaixo.

Obrigado.

Encaminhe o Formulário em anexo para:

Departamento de Aconselhamento Financeiro do Mount Auburn Hospital

330 Mount Auburn Street, Clark Building, 2nd Floor

Cambridge, MA 02138

Phone: (617) 499-5560

# Requisição de Assistência Financeira para Atendimento de Caridade

## Por favor, imprima

Data de Hoje: \_\_\_\_\_ Nº de Seguridade Social: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Rua

Nº do apto.

Cidade

Estado

CEP

Data dos Serviços Hospitalares: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do Paciente: \_\_\_\_\_

O paciente tinha seguro de saúde ou Medicaid\*\* no momento dos serviços hospitalares? Sim  Não   
Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e preencha os seguintes dados:

Nome da Seguradora: \_\_\_\_\_ Número da Apólice: \_\_\_\_\_

Data de Vigência: \_\_\_\_\_ Nº de Telefone da Seguradora: \_\_\_\_\_

\*\*Antes de requisitar Assistência Financeira, você deverá ter requisitado cobertura pelo Medicaid nos 6 meses anteriores, e terá que comprovar a recusa.

*Observação: A Assistência Financeira pode não se aplicar se uma Conta de Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Gastos Flexíveis (CDF) ou semelhante fundo destinado a despesas médicas tiver sido estabelecido. Deve ser feito pagamento por meio de qualquer fundo já estabelecido antes que a assistência possa ser fornecida.*

## **Para requisitar assistência financeira, preencha os seguintes dados:**

Liste todos os membros da família, incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos naturais ou adotivos com menos de 18 anos que residam no mesmo domicílio que o paciente.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de renda ou Nome do Empregador	Renda Mensal Bruta
1.				
2.				
3.				
4.				

Além da Requisição de Assistência Financeira, necessitamos também da seguinte documentação:

- Declaração de imposto de renda federal ou estadual atualizada
- Formulários W2 e/ou 1099 atualizados
- Quatro contracheques mais recentes
- Quatro extratos bancários de conta corrente e/ou de poupança mais recentes
- Conta de poupança de saúde
- Plano de reembolso de saúde
- Conta de Gastos Flexíveis

Caso essa documentação não esteja disponível, entre em contato com a Unidade de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (617) 499-5560 para discutir alternativas de documentação.

Ao assinar abaixo, certifico que li com atenção a Requisição e a Política de Assistência Financeira, e que tudo o que declarei e toda a documentação que anexeï são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que é ilegal fornecer deliberadamente informações falsas para obter assistência financeira.

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_

Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Se a sua renda for complementada por qualquer meio, ou se você declarou renda de \$0,00 nessa requisição, solicite que a(s) pessoa(s) que fornecem ajuda para você e sua família preencham a Declaração de Apoio Financeiro abaixo:

**Declaração de Apoio Financeiro:**

Fui identificado pelo paciente/responsável como provedor de apoio financeiro. A lista abaixo contém os serviços e o apoio financeiro por mim fornecidos.

---

---

---

---

---

---

---

---

Certifico e atesto que todas as informações prestadas são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que minha assinatura não me torna financeiramente responsável pelas despesas médicas do paciente.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento dessa requisição para a determinação da elegibilidade.

Caso elegível, a assistência financeira será concedida por seis meses a partir da data da aprovação, será válida em todos os afiliados do Beth Israel Lahey Health, conforme estabelecido no Anexo 5 de suas respectivas Políticas de Assistência Financeira:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Somente Funcionários.	
Requisição Recebida por:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Data de Recebimento:	