

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

DATA DO ATENDIMENTO: _____ NÚMERO DA CONTA: _____

NOME DO PACIENTE OU SOLICITANTE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ ESTADO CIVIL: _____

O SEGUINTE DEVERÁ SER PREENCHIDO PARA CONSIDERAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA. OBSERVE QUE OS PACIENTES NÃO SEGURADOS DEVEM PARTICIPAR COM NOSSO PROVEDOR DE ELEGIBILIDADE DE SEGUROS ANTES DE RECEBER ASSISTÊNCIA.

(Liste o cônjuge e os filhos dependentes menores de 18 anos que residam no mesmo imóvel e suas datas de nascimento)

NOME	RELAÇÃO COM O PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	RENDIMENTO BRUTO TOTAL NOS 3 MESES ANTERIORES À DATA DO ATENDIMENTO	RENDIMENTO BRUTO TOTAL NOS 12 MESES ANTERIORES À DATA DO ATENDIMENTO	NOME DO EMPREGADOR RELACIONADO À FONTE DE RENDA (INFORME SE VOCÊ É UM ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO)
	AUTÔNOMO				

- SE VOCÊ INFORMOU RENDA TOTAL SEM VALOR, COMO ESTÁ SENDO APOIADO FINANCEIRAMENTE? _____
- EM QUE ESTADO VOCÊ RESIDIA NO MOMENTO DA SUA VISITA? _____
- VOCÊ SE CANDIDATOU AO MEDICAID OU A QUALQUER OUTRA ASSISTÊNCIA NO SEU MUNICÍPIO? NÃO SIM (DATA/ESTADO _____)
- VOCÊ TINHA PLANO DE SAÚDE NA DATA DO ATENDIMENTO? NÃO SIM (FORNEÇA CÓPIA DO CARTÃO JUNTAMENTE COM ESTA SOLICITAÇÃO)
- A DATA DO ATENDIMENTO FOI RELACIONADA A UM ACIDENTE DE CARRO? NÃO SIM (NOME DO SEGURO/N.º DO SINISTRO _____)
- ALGUÉM NA SUA RESIDÊNCIA TEM UMA CONTA CORRENTE OU POUPANÇA? NÃO SIM (VALOR _____)
- ALGUÉM NA SUA RESIDÊNCIA TEM ALGUM OUTRO ATIVO? NÃO SIM (TIPO/VALOR) _____
- VOCÊ POSSUI OU ALUGA UM IMÓVEL? POSSUI ALUGA OUTRO (_____)

PARA OS ATIVOS DE RENDA LISTADOS ACIMA, VOCÊ DEVERÁ FORNECER O SEGUINTE PARA CADA MEMBRO DA FAMÍLIA:

(marque os itens recebidos)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EMPREGO = RENDIMENTOS DOS ÚLTIMOS 3 OU 12 MESES, | <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO = PREENCHER FORMULÁRIOS DE IMPOSTOS, INCLUINDO O ANEXO C |
| <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO = DECLARAÇÃO DO BENEFÍCIO | <input type="checkbox"/> PENSÃO ALIMENTÍCIA = DOCUMENTO JUDICIAL |
| <input type="checkbox"/> PREVIDÊNCIA SOCIAL = DECLARAÇÃO DO BENEFÍCIO | <input type="checkbox"/> OUTROS = COMPROVANTE DE QUAISQUER OUTROS RENDIMENTOS, COMO DIVIDENDOS, JUROS, RENDA DE ALUGUEL |
| <input type="checkbox"/> PENSÃO OU INVALIDEZ = DECLARAÇÃO DO BENEFÍCIO | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE/POUPANÇA = EXTRATO ATUAL DE 30 DIAS PARA CADA CONTA |

CERTIFICAÇÃO: AO ASSINAR ESTE DOCUMENTO, CONFIRMO QUE AS RESPOSTAS NESTA SOLICITAÇÃO SÃO VERDADEIRAS. CASO UMA ANÁLISE SUBSEQUENTE DA SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DE UM INDIVÍDUO REVELE QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO INDIVÍDUO ESTAVAM INCORRETAS OU FRAUDULENTAS, A DECISÃO DE FORNECER ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PODERÁ SER REVERTIDA E A PARTE RESPONSÁVEL SERÁ COBRADA. ENTENDO QUE AS INFORMAÇÕES QUE ENVIO ESTÃO SUJEITAS A VERIFICAÇÃO PELO MEU PROVEDOR HOSPITALAR, INCLUINDO AGÊNCIAS DE ANÁLISE DE CRÉDITO, E SUJEITAS À ANÁLISE POR AGÊNCIAS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS, ENTRE OUTRAS, CONFORME NECESSÁRIO.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____ DATA: _____

ASSINATURA DO CANDIDATO OU REPRESENTANTE: _____ RELACIONAMENTO: _____ DATA: _____
(SE NÃO FOR PACIENTE)

ENVIE A SOLICITAÇÃO E A DOCUMENTAÇÃO PREENCHIDAS PARA:

Mercy Health Public Benefits Dept
PO Box 631774
Cincinnati, OH, 45263-1774 - EUA