

# New England Baptist Hospital

## REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

**Se precisar de ajuda para preencher este requerimento, contate um**

*Conselheiro Financeiro pelo telefone 617-754-5974 ou pelo email [FinancialCounselor@nebh.org](mailto:FinancialCounselor@nebh.org)*

Este formulário será usado para determinar se você é elegível para obter Assistência Financeira ou se você pode se qualificar para cobertura de cuidados de saúde por intermédio de algum outro programa. Se estiver preenchendo este formulário para outra pessoa, responda todas as perguntas como se você fosse o paciente. Se alguma seção ou pergunta não se aplicar a você ou a nenhuma outra pessoa de sua família, deixe o espaço em branco. Se precisar de mais espaço, use outra folha.

### INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
Sobrenome          Nome          Inic. nome do meio

\_\_\_\_\_  
Número da Social Security (SSN) ou Número da ID Fiscal (TIN) *(se houver)*

\_\_\_\_\_  
Endereço

\_\_\_\_\_  
Telefones  
(Residencial) ( )  
(Trabalho) ( )

\_\_\_\_\_  
Cidade                  Estado          Cod. Postal

\_\_\_\_\_  
Endereço para correspondência *(se diferente do residencial)*

**Se estiver fazendo este requerimento para outra pessoa, preencha esta seção como a pessoa de contato.**

\_\_\_\_\_  
Sobrenome          Nome          Inic. nome do meio

\_\_\_\_\_  
Parentesco com o requerente

\_\_\_\_\_  
Endereço

\_\_\_\_\_  
Telefones  
(Residencial) ( )  
(Trabalho) ( )

\_\_\_\_\_  
Cidade                  Estado          Cod. Postal

\_\_\_\_\_  
Endereço para correspondência *(se diferente do residencial)*

### INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA

Enumere as pessoas de sua família que moram com você. Inclua a si próprio(a), seu cônjuge, e as crianças dependentes filhas de um dos dois cônjuges que morem com você. Se você ou qualquer outra pessoa em sua família estiver grávida, conte o bebê ou bebês ainda não nascido(s). Se estiver fazendo este requerimento para uma criança menor de idade, conte a criança, qualquer irmão ou irmã menor que ela tenha, e o pai e/ou mãe da criança que more(m) com a criança.

Nome dos membros da família

Sim    Não  
SSN ou TID  
*(se houver)*

Relacionamento

Idade

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

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

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

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

Alguma das pessoas nesta lista está grávida?

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

**Renda Auferida**

Preencha esta seção sobre a renda (antes de impostos e deduções) de cada membro da família que trabalhe.

<b>Nome de uma pessoa da família que esteja trabalhando</b>	<b>Remuneração</b>	<b>Com que frequência?</b> <i>(circule uma opção)</i>	<b>Para uso exclusivo da instituição</b> <i>Renda total</i>
<b>Nome e endereço do empregador</b>		Semanal, Mensal, Anual	
<b>Nome de uma pessoa da família que esteja trabalhando</b>	<b>Remuneração</b>	<b>Com que frequência?</b> <i>(circule uma opção)</i>	<b>Para uso exclusivo da instituição</b> <i>Renda total</i>
<b>Nome e endereço do empregador</b>		Semanal, Mensal, Anual	

**OUTRAS RENDAS**

Preencha esta seção sobre outras rendas (antes de impostos e deduções) de cada membro da família que receba alguma outra renda. Outras rendas significa dinheiro que você recebe e que não é pago por um empregador.

<b>Tipo de renda</b>	<b>Membro(s) da família que recebe(m) a renda</b>	<b>Quantia recebida</b>	<b>Frequência</b> <i>(circule uma opção)</i>	<b>Para uso exclusivo da instituição</b> <i>Renda total</i>
Social Security (Seguridade Social)			Semanal, Mensal, Anual	
Aposentadoria de empresa ferroviária			Semanal, Mensal, Anual	
Benefícios de veterano			Semanal, Mensal, Anual	
Fundos de aposentadoria			Semanal, Mensal, Anual	
Anuidades			Semanal, Mensal, Anual	
Pensões			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão alimentícia aos filhos			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão à esposa			Semanal, Mensal, Anual	
Seguro-desemprego			Semanal, Mensal, Anual	
Indenização trabalhista			Semanal, Mensal, Anual	
Propriedade de aluguel			Semanal, Mensal, Anual	
Renda de fundo patrimonial			Semanal, Mensal, Anual	
Assistência transicional			Semanal, Mensal, Anual	
EAEDC (Assistência emergencial aos idosos, deficientes e crianças)			Semanal, Mensal, Anual	
Rendas de dividendos			Semanal, Mensal, Anual	
Renda de conta bancária			Semanal, Mensal, Anual	
Outra opção:			Semanal, Mensal, Anual	

Se você for obrigado a fazer o pagamento de pensão de seu cônjuge ou pensão alimentícia de crianças, preencha a seção abaixo.

<b>Tipo de pagamento</b>	<b>Beneficiário</b>	<b>Quantia paga</b>	<b>Frequência</b> (circule uma opção)	<b>Para uso exclusivo da instituição</b> <i>Renda total</i>
Pensão à esposa			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão alimentícia aos filhos			Semanal, Mensal, Anual	

### **OUTROS SEGUROS**

Se você tiver seguro de saúde, ainda assim, poderá ser considerado elegível para Assistência Financeira para o pagamento de quantias como co-pagamentos e franquias.

Você está coberto por alguma apólice de seguro de saúde, incluindo cobertura de um país estrangeiro?  Sim  Não

**Se respondeu Sim, forneça as seguintes informações:**

Número da Apólice:

Seguradora:

Você está buscando Assistência Financeira devido a um acidente ou ferimento relacionado ao trabalho?

Sim  Não

Você está buscando Assistência Financeira devido a um acidente automobilístico?

Sim  Não

Você tem um processo ou outra reivindicação de seguro pendente para a cobertura dessa doença ou ferimento?

Sim  Não

Você é estudante universitário?  Sim  Não, se respondeu Sim: Em tempo integral?  Em meio período?

Você tem um requerimento pendente em algum dos programas abaixo?

Children's Medical Security Plan

MassHealth

CenterCare

Transitional Assistance

Healthy Start

EAEDC

Outro

Boston HealthNet ou Cambridge NetworkHealth

### **PERGUNTAS OPCIONAIS**

Essas perguntas são feitas com o propósito exclusivo de coleta e análise de dados e, de maneira alguma, serão usadas para determinar sua elegibilidade para Assistência Financeira.

#### **Raça**

Índio americano ou Nativo do Alasca

Asiático ou da Ilhas do Pacífico

Branco, não hispânico

Negro, não hispânico

Hispânico

Outra:

## CESSÃO DE DIREITOS

*Leia toda esta seção cuidadosamente e, a seguir, assine.*

Autorizo meu empregador e minha operadora de seguro de saúde a fornecer a este hospital ou centro de saúde comunitário informações sobre renda, prêmios de seguro de saúde, cosseguro, co-pagamentos, franquias e benefícios cobertos que eu tenha.

Se eu estiver tentando obter Assistência Financeira devido a um acidente ou outro incidente, e eu receber algum dinheiro por causa do acidente ou incidente, de qualquer fonte que seja, como de uma indenização trabalhista ou de um empresa seguradora, irei reembolsar o hospital ou centro de saúde comunitário por quaisquer serviços médicos pagos pelo Fundo de Assistência Financeira. Concedo a este hospital ou centro de saúde comunitário o direito de cobrar das seguradoras os pagamentos pelo atendimento médico, conforme apropriado.

Embora eu seja elegível para Assistência Financeira, concordo em comunicar a este hospital ou centro de saúde comunitário quaisquer mudanças nas condições da minha família, incluindo o tamanho da família, alterações de renda e cobertura de seguro de saúde que poderiam alterar minha elegibilidade para receber Assistência Financeira.

Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo. Concordo em fornecer documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro de saúde comunitário a fornecer à *Division of Health Care Finance and Policy* (Divisão de Finanças e Política de Cuidados de Saúde), ou a seu representante designado, as informações necessárias para confirmar minha elegibilidade para obter Assistência Financeira e para administrar o Fundo de Assistência Financeira. Compreendo, também, que este hospital ou centro de saúde comunitário não pode compartilhar informações confidenciais, como as informações contidas neste requerimento, com nenhum órgão estadual ou federal, exceto da maneira indicada acima, sem minha aprovação prévia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Data

*Se estiver assinando como procurador para cuidados de saúde ou com uma procuração: Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Data

**Use esta página para informações adicionais**

# New England Baptist Hospital

## REQUERIMENTO RESUMIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

**Se precisar de ajuda para preencher este requerimento, contate um**

*Conselheiro Financeiro pelo telefone 617-754-5974 ou pelo e-mail: [FinancialCounselor@nebh.org](mailto:FinancialCounselor@nebh.org)*

### INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
Sobrenome          Nome          Inic. nome do meio

\_\_\_\_\_  
Social Security Number (SSN) ou Número da ID  
Fiscal (TIN) (se houver)

\_\_\_\_\_  
Endereço

\_\_\_\_\_  
Telefones  
(Residencial) ( )  
(Trabalho) ( )

\_\_\_\_\_  
Cidade                  Estado          Cod. Postal

\_\_\_\_\_  
Endereço para correspondência (se diferente do  
residencial)

### CESSÃO DE DIREITOS

*Leia a seção a seguir cuidadosamente e, a seguir, assine.*

Autorizo meu empregador e minha operadora de seguro de saúde a fornecer a este hospital ou centro de saúde comunitário informações sobre renda, prêmios de seguro de saúde, cosseguro, co-pagamentos, franquias e benefícios cobertos que eu tenha.

Se eu estiver tentando obter Assistência Financeira devido a um acidente ou outro incidente, e eu receber algum dinheiro por causa do acidente ou incidente, de qualquer fonte que seja, como de uma indenização trabalhista ou de um empresa seguradora, irei reembolsar o hospital ou centro de saúde comunitário por quaisquer serviços médicos pagos pelo Fundo de Assistência Financeira. Concedo a este hospital ou centro de saúde comunitário o direito de cobrar das seguradoras os pagamentos pelo atendimento médico, conforme apropriado.

Embora eu seja elegível para Assistência Financeira, concordo em comunicar a este hospital ou centro de saúde comunitário quaisquer mudanças nas condições da minha família, incluindo o tamanho da família, alterações de renda e cobertura de seguro de saúde que poderiam alterar minha elegibilidade para receber Assistência Financeira.

Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo. Concordo em fornecer documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro de saúde comunitário a fornecer à Division Of Health Care Finance and Policy (Divisão de Finanças e Política de Cuidados de Saúde), ou a seu representante designado, as informações necessárias para confirmar minha elegibilidade para obter Assistência Financeira e para administrar o Fundo de Assistência Financeira. Compreendo, também, que este hospital ou centro de saúde comunitário não pode compartilhar informações confidenciais, como as informações contidas neste requerimento, com nenhum órgão estadual ou federal, exceto da maneira indicada acima, sem minha aprovação prévia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Data

*Se estiver assinando como procurador para cuidados de saúde ou com uma procuração: Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Data

# New England Baptist Hospital

## REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - MEDICAL HARDSHIP (DIFICULDADES MÉDICAS) ADENDO

**Se precisar de ajuda para preencher este requerimento, contate:**

Conselheiro Financeiro pelo telefone 617-754-5974 ou pelo e-mail: [FinancialCounselor@nebh.org](mailto:FinancialCounselor@nebh.org)

Este formulário será usado para verificar se você é elegível para Assistência Financeira sob a categoria de Medical Hardship (Dificuldades Médicas). A fim de se qualificar para Medical Hardship, você precisa ter solicitado Assistência Financeira anteriormente e fornecido informações demonstrando que suas despesas médicas são tão elevadas que você não é capaz de pagar suas contas médicas. O hospital usará as informações neste adendo para determinar se você se qualifica para Medical Hardship.

Preencha todas as seções deste adendo. Caso esteja preenchendo este formulário para outra pessoa, responda a todas as perguntas como se fosse o paciente. Se uma seção ou pergunta não se aplicar a você ou a nenhum membro da família, deixe o espaço em branco. Se precisar de mais espaço, use outra folha separada.

**Na Tabela 1**, enumere todas as suas despesas médicas de todos os provedores. Contas médicas permitidas incluem tanto contas não pagas pelas quais você ainda é responsável, devidas antes ou depois da data do requerimento de Assistência Financeira e contas pagas incorridas após a data do requerimento de Assistência Financeira.

**Na Tabela 2**, enumere todos os seus ativos, exceto sua residência principal (onde você mora) e um veículo automotor. Enumere todos os demais ativos, mesmo que seja proprietário deles em conjunto com outra pessoa.

### INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
Sobrenome          Nome          Inic. nome do meio

\_\_\_\_\_  
Social Security Number (SSN) ou Número da ID  
Fiscal (TIN) (se houver)

\_\_\_\_\_  
Endereço

Telefones  
(Residencial) ( )  
(Trabalho) ( )

\_\_\_\_\_  
Cidade                  Estado          Cod. Postal

\_\_\_\_\_  
Endereço para correspondência (se diferente do  
residencial)

### TABELA 1 DESPESAS DE SAÚDE

Despesas Médicas	Custo Total	Com que frequência este custo é cobrado?
prêmio de seguros de saúde		Semanal, Mensal, Anual
contas médicas permitidas		Semanal, Mensal, Anual
prêmio do Medicare Parte A		Semanal, Mensal, Anual
prêmio do Medicare Parte B		Semanal, Mensal, Anual

**TABELA 2 INFORMAÇÕES DE ATIVOS**

*Não inclua sua residência principal (onde você mora) e um veículo automotor.*

<b>Ativo</b>	<b>Proprietário(s)</b>	<b>Nome do banco ou titular do empréstimo</b>	<b>Número da conta</b>	<b>Valor em dólares</b>
dinheiro				
contas poupança				
contas correntes				
certificado de depósito				
contas fiduciárias				
contas de credit unions				
apólices de seguro de vida				
imóvel				
individual retirement accounts (IRA ou contas de aposentadoria individuais)				
planos de pensão Keough				
fundos de pensão				
anuidades				
barco				
trailer				
outro(s) veículo(s):				
ações				
debêntures				
contratos de futuros				
contas fiduciárias				
contas do mercado financeiro				
fundos mútuos				
notas promissórias				

**ASSINATURA**

Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo. Concordo em fornecer documentação mediante solicitação. Autorizo o hospital ou o centro de saúde comunitário a fornecer à Divisão de Finanças e Políticas de Cuidados de Saúde ou seu representante designado as informações necessárias para confirmar minha elegibilidade para obter Assistência Financeira e para administrar o Fundo de Assistência Financeira. Entendo que este hospital ou centro de saúde comunitário não pode compartilhar informações confidenciais, como as informações contidas neste requerimento, com qualquer órgão estadual ou federal, exceto conforme declarado acima, sem minha aprovação prévia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Data

*Se estiver assinando na qualidade de procurador de cuidados de saúde:*

*Todas as informações neste requerimento são verdadeiras, salvo melhor crença e juízo.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Data