

serviços financeiros di Pacientes

Pedido di assistência financeira



Boston Children's Hospital ("Hospital") e se fundasons di médikus ("fundason") sta empenhadu em ser rekurso pa kriansas ki precisa di kuidadus, independentementi de ses kapacidadi di pagamento. Kes aplikativo di assistência finansera é usado pa avalia oportunidadis di assistência pa tudo emergênsias e otus kuidadus medikus neessários e prestadus pa Hospital e fundason. Por favor, imprimi e kompleta todú sexom ki for precizu.

Hospital e fundason sta ba trabadja ku pacientes pa pidi assistência pública (por exemplo, Medicaid, Commonwealth Care, e Health Safety Net), conforme o caso. Se bu ka pidi assistência pública, pa o qual bu podia sta qualificado, podi resulta na negason di pedido de ajuda finansera pa Hospital e fundason.

Se bu teni algum dúvida, kompleta ess aplicason, entra em contactu ku unidadi di aconselhamentu finansero di dipartamento di servisos di financiamento di pasiente, pessoalmente na Hospital localizadu na 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, ou txoma pa (617) 355-7201.

Por favor manda aplicason kompleto pa:

Boston Children's Hospital
Servisos Finanseros di Pasientes – Aconselhamentu Finansero
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160.1/160.2
Boston, MA, 02115

1. Informason di rekirenti

Nota 1: Rekirenti é nomi di pessoa ki kopleta aplicason.

Nomi do rekirente (primero nomi, segundo nomi, apelido)	
Relason di kandidatus ku kel pasiente	
Número di registro médiku di Boston di fidjus di pasiente	
Data(s) qui pidido serviso di assistência finansera	
Número(s) di conta di pedido pa ajuda finansera	
Dólares solitados	

2. Informason di pasiente e fiador di pasiente

Nota 2: Pasiente é a pessoa ki o pedido é pa el; pessoa ki recebi/sta recebi assistencia medica.

Nota 3: Fiador di Paciente é finanseramente responsável pa fatura.

Nomi do paciente (primeiro nomi, segundo nomi, apelido)	
Data di nascimentu di Paciente	

serviços financeiros di Pacientes

Pedido di assistênciã financeira



Número di Seguransa Social (se tem) di Paciente	
Endereso di pasiente	<input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Rendimentu <input type="checkbox"/> Próprio não aplicável
Número di tilifoni di pasiente	
Nomi di fiador di pasiente	
Endereso di fiador di pasiente	
Relason di fiador di pasiente ku pasiente	
Empregador di fiador di pasiente	
Endereso di empregador di fiador di pasiente	

- Por favor inclui verificason di residênciã (por exemplo carta di conduson, diclarason di hipoteca, contrato di aluguer, lei fiscal, conta di luz ou conta di tilifoni).

Si pasiente solisita assistênciã pública (por exemplo, Medicaid, cuida da Kumunidade y redi di segurança di saúdi)?

Sim Não Resultados desconhesidos -----

Se pasiente teni assistênciã pública na data di serviso, por favor, forneci informason di assistênciã pública ku es aplicason. Se assistênciã pública foi negado anteriormente, por favor, forneci informason di negason.

Paciente tem seguro di saúdi na data do serviso?

Sim não Resultados desconhesidos -----

Se paciente tene seguro na data di serviço, por favor forneci informasons di seguros ku aplicason.

paciente tive uma ason judicial, liquidason ou responsabilidadi reclamason pendinte contra data di serviço?

Sim Não Resultados desconhecidos -----

Si pasiente teni um processo pendenti, liquidason ou reivindicason diresponsabilidadi pendenti, por favor forneci infomason djunt ku o aplicason.

serviços financeiros di Pacientes

Pedido di assistência financeira



3. Informason di família

Hospital ta ditermina elegibilidadi pa programas di assistência finansera, ku base na Rendimentu di familia di pasiente. Taxas di desconto é diterminadu usando diretrizes di pobreza Fideral (FPG). Lista pasiente e pai(s) di pasiente y guardions legal(s) abaixo (independentemente se es ta vivi ou não ku pasiente). Também lista tudu membu di família di pasiente ki ta vivi ku pasiente, incluindo irmãos di paciente ku menos di 18 anos di idadi ki ta vivi ku pasiente. Se pasiente é casadu, lista cōnjuge de pasiente. Si tem mas di 6 membros na familia, por favor adiciona papel complementar.

Número di membros di família	
------------------------------	--

ID (Identificason)	Nomi do membro da família (primeiro nomi, segundo nomi, apelido)	Relason ku pasiente	Data di nascimento	Idadi
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Rendimentu di familia

Liste todus Rendimentu brutu di familia num período di 6 e 12 meses antes di ess pedido di ajuda finansero. Rendimentu brutu di familia é antes di impostu e ta inclui saláriu, ku pensason di desemprego, ku pensason di trabalhadores e outos forma di Rendimentu. Rendimentu di familia dive ser listada pa pasiente, pai(s) di pasiente e guardions legal(s) (ou ca ta vivi ku pasiente) e irmõs di paciente cu menos di 18 ano di idadi ki ta vive ku pasiente. Se pasiente for casado, Rendimentu di familia deve inclui cōnjuge di pasiente. Vários fontis podi ser listado pa cada tipo di Rendimentu.

Tipo di Rendimentu familiar	Família membro(s) fonte(s)	Últimos 6 meses-bruto em dólares	Últimos 12 meses-bruto em dólares
Salários			
pagamento di desemprego			
Kumpensason di trabalhadores			
Assistência publicu			
Penson /reforma			
Propriedadi na Arendamentu			
Dificiência			
apoio infantil (si ca for relatato na salario)			
Penson pa alimentason (seca for relatato na salário)			

serviços financeiros di Pacientes

Pedido di assistência financeira



Segurança social			
Divididos / juros / direitos			
Outos			
Total			

- Por favor inclui verificason di rendimentos, incluindo retornos di imposto di ano anterior, anos anteriores W2, 4 últimos contra-chekis ou verificason escrita di empregador, cheki di Segurança Social, penson, ou declarason ta declara zero salario.

5. Certificason e assinatura

Nta Solicita Hospital pa fazi uma diterminason di elegibilidadi pa assistência finansero. Ami nta entendi ki kes informason li é confidencial e sujeitos di verificason pa Hospital. Ami também n'entendi ki se informason ki se nsta forneci sta falsu, nhaajuda financeira podi ser negado e nta sta responsável pa pagamento di serviços prestados pa Hospitals e Fundasons. Por ess meio, nta atesta ke informsons nes aplicason é kompletos e correto ku o melhor di nha conhecimento nta entendi processo e nhasresponsabilidadis.

Nomi di rekirente (primeiro, nomi di meio, apelido)	
Assinatura	Data