

Serviços Financeiros para Pacientes

Formulário de Assistência Financeira



O Boston Children's Hospital (o "Hospital") e suas Fundações de assistência médica (as "Fundações") têm o compromisso de atender crianças que requeiram cuidados, independentemente de sua capacidade de pagar. Este Formulário de Assistência Financeira é utilizado para avaliar as oportunidades de assistência para todo atendimento emergencial e outros atendimentos clinicamente necessários fornecidos pelo Hospital e pelas Fundações. Solicitamos que imprima e preencha todas as seções obrigatórias deste formulário.

O Hospital e as Fundações auxiliarão os pacientes na solicitação de assistência pública (por exemplo, *Medicaid*, *Commonwealth Care* e *Health Safety Net*), conforme apropriado. Deixar de solicitar assistência pública nos casos em que você se qualificaria pode resultar na rejeição do seu formulário de assistência financeira por parte do Hospital e das Fundações.

Caso tenha alguma dúvida ao preencher este formulário, entre em contato com a Unidade de Orientação Financeira do departamento de Serviços Financeiros para Pacientes pessoalmente no Hospital, localizado em 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, ou ligue para (617) 355-7201.

Envie os formulários preenchidos ao endereço:

Boston Children's Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160.1/160.2
Boston, MA, 02115

1. Informações do Requerente

Observação 1: o Requerente é a pessoa que preenche o formulário.

Nome do requerente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Parentesco do requerente com o paciente	
Número de registro médico do paciente no Boston Children's Hospital	
Data(s) do serviço referente à Assistência Financeira solicitada	
Número(s) da(s) conta(s) referente(s) à Assistência Financeira solicitada	
Valor solicitado em dólares	

Serviços Financeiros para Pacientes

Formulário de Assistência Financeira



2. Informações sobre o Paciente e Fiador do Paciente

Observação 2: o paciente é a pessoa a que se refere este formulário, a pessoa que recebeu/está recebendo o atendimento médico.

Observação 3: o fiador do paciente é a pessoa responsável financeiramente pela conta.

Nome do paciente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Data de nascimento do paciente	
Número do seguro social do paciente (se emitido)	
Endereço do paciente	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Não aplicável
Número de telefone do paciente	
Nome do fiador do paciente	
Endereço do fiador do paciente	
Parentesco do fiador com o paciente requerente	
Empregador do fiador do paciente	
Endereço do empregador do fiador do paciente	

- Inclua um comprovante de residência, como carteira de motorista, hipoteca, contrato de aluguel, declaração de imposto de renda, conta de luz, conta de serviços ou conta de telefone.

O paciente solicitou assistência pública, como <i>Medicaid</i> , <i>Commonwealth Care</i> ou <i>Health Safety Net</i> ?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Resultados _____
Se o paciente tinha assistência pública na data do serviço, forneça informações sobre a assistência pública no formulário. Caso a assistência pública já tenha sido negada anteriormente, forneça informações sobre a negação.

O paciente possuía seguro saúde na data do serviço?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Resultados _____
Se o paciente tinha seguro na data do serviço, forneça informações do seguro no formulário.

Serviços Financeiros para Pacientes

Formulário de Assistência Financeira



O paciente possuía uma ação judicial, um acordo ou uma reivindicação de responsabilidade pendente na data do serviço?

Sim Não Não sei Resultados _____

Se o paciente tinha uma ação judicial, acordo ou reivindicação de responsabilidade pendente, forneça o status no formulário.

3. Informações sobre a Família

O Hospital determina a elegibilidade para os programas de assistência financeira com base na renda familiar do paciente. As taxas de desconto são determinadas usando as Diretrizes Federais de Pobreza (FPG, na sigla em inglês). Relacione o paciente, os pais do paciente e os responsáveis legais abaixo (independentemente de morarem ou não juntos). Além disso, relacione todos os membros da família do paciente que moram com ele, incluindo irmãos com menos de 18 anos. Se o paciente for casado, relacione também seu cônjuge. Se houver mais de 6 membros, inclua uma folha complementar.

Número de membros da família

ID	Nome do membro da família (nome, nome do meio, sobrenome)	Parentesco com o paciente	Data de nascimento	Idade
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Renda familiar

Relacione toda a renda familiar bruta obtida nos períodos de 6 e 12 meses anteriores à data do atendimento ao qual esta solicitação de assistência financeira se refere. A renda familiar bruta é calculada antes da dedução de impostos e inclui salários, seguro-desemprego, indenização por doença ou acidente de trabalho e uma série de outras formas de renda. A renda familiar deve ser listada para o paciente, seus pais e responsáveis legais (independentemente de morarem juntos ou não) e seus irmãos com menos de 18 anos que moram na mesma casa. Se o paciente for casado, a renda familiar deve incluir a renda do cônjuge. Múltiplas fontes podem ser relacionadas para cada um dos tipos de renda.

Serviços Financeiros para Pacientes

Formulário de Assistência Financeira



Tipo de renda familiar	Fontes dos membros da família	Valor bruto nos últimos 6 meses	Valor bruto nos últimos 12 meses
Salários			
Seguro-desemprego			
Indenização por doença ou acidente de trabalho			
Assistência pública			
Pensão/Aposentadoria			
Propriedade de aluguel			
Benefício por deficiência			
Pensão alimentícia para filhos (se não estiver inclusa nos salários)			
Pensão alimentícia para cônjuge (se não estiver inclusa nos salários)			
Benefício de previdência social			
Dividendos/juros/royalties			
Outro			
Total			

- Anexe os comprovantes de renda, incluindo declarações de imposto de renda de anos anteriores, relatórios W2 de anos anteriores, 4 recibos de pagamentos recentes ou verificação escrita emitida pelo Empregador, aposentadoria pela previdência social, aposentadoria por deficiência ou declaração assinada de ausência de renda.

5. Certificação e Assinatura

Solicito que o Hospital determine a elegibilidade para assistência financeira. Entendo que estas informações são confidenciais e estão sujeitas à verificação por parte do Hospital. Também estou ciente de que, se as informações fornecidas forem falsas, a assistência financeira poderá ser negada, e eu serei responsável pelo pagamento dos serviços prestados pelo Hospital e pela Fundação. Certifico que as informações contidas neste formulário estão completas e corretas, até onde eu saiba, e entendo o processo e as minhas responsabilidades.

Nome do requerente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Assinatura	Data