



REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

O sr. (a) pode preencher este requerimento para solicitar assistência financeira para pagar as suas contas médicas do Franciscan Children's. O Franciscan Children's vai usar a informação fornecida na sua solicitação, e qualquer informação adicional requerida pelo Franciscan Children's, para avaliar a sua elegibilidade para assistência financeira. Decisões para assistência financeira vão ser tomadas, a critério exclusivo do Franciscan Children's, dentro de duas semanas do recebimento do Requerimento para Assistência Financeira preenchido e quaisquer outros documentos exigidos para comprovação.

Pacientes são enfaticamente recomendados a solicitar qualquer programa de assistência do governo disponível, como o MassHealth e ConnectorCare, antes de solicitar o Programa de Assistência Financeira. Favor nos informar se o sr. (a) recentemente solicitou o Health Safety Net em qualquer outro hospital. A não solicitação para um programa de assistência do governo que o sr. (a) potencialmente se qualifica, pode resultar num atraso ou recusa do seu requerimento. Caso o sr. (a) precise de ajuda para solicitação de programas de assistência do governo, por favor peça para falar com o nosso funcionário do Contas de Pacientes (Patient Accounts) pelo 617-254-3800 RAMAL 1202.

1. REQUERENTE/INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo do requerente		Data de Nascimento	Sexo
Endereço		Cidade	Estado e Código postal
Números de telefone	Casa: (____) _____	Celular: (____) _____	Trabalho: (____) _____
Nome do paciente (se diferente do requerente)		Data de Nascimento	Admissão/Data do serviço

2. MEMBROS DA FAMÍLIA

Por favor, forneça as seguintes informações para todas as pessoas da família imediata que moram na sua casa. Caso o paciente seja menor de 18 anos, a família deve incluir o paciente, os pais naturais ou adotivos e os pais, crianças com menos de 18 anos (naturais ou adotivas) que vivem na casa do paciente.

Nome completo dos membros da família	Parentesco	Idade atual ou data de nascimento
1. _____		
2. _____		

3.		
4.		
5.		
6.		

3. RENDAS: Por favor forneça documentação para todas as rendas declaradas.

Nome do membro da família	Renda bruta	Período da renda declarada (Circule um)
1.	\$	Por: semana, mês, ano
2.	\$	Por: semana, mês, ano
3.	\$	Por: semana, mês, ano
4.	\$	Por: semana, mês, ano
5.	\$	Por: semana, mês, ano
6.	\$	Por: semana, mês, ano

4. OUTRAS RENDAS: Por favor forneça documentação para todas as rendas declaradas.

Outras rendas familiares	Membro (s) da família	Renda bruta	Período da renda declarada (Circule um)
Pagamentos de seguro social		\$	Por: semana, mês, ano
Seguro Desemprego		\$	Por: semana, mês, ano
Pagamentos de pensão		\$	Por: semana, mês, ano
Fundos de invalidez		\$	Por: semana, mês, ano
Benefícios de veteranos		\$	Por: semana, mês, ano
Ajuda à criança/Pensão alimentícia		\$	Por: semana, mês, ano
Compensação de trabalhadores		\$	Por: semana, mês, ano
Negócios/Rendas de aluguel		\$	Por: semana, mês, ano
Investimentos/rendas de fundos		\$	Por: semana, mês, ano

de investimentos			
Outras _____		\$	Por: semana, mês, ano

5. BENS DA FAMÍLIA: Por favor forneça documentação dos bens. **Não é preciso declarar a sua residência principal.**

Bem	Membro (s) da família	Valor em dinheiro
Contas bancárias		\$
Contas da União de Créditos		\$
Fundos fiduciários		\$
Ações/Títulos		\$
Contas do mercado monetário		\$
Fundos mútuos de investimento		\$
Propriedade comercial ou de investimento		\$
Outros _____		\$

6. INFORMAÇÃO SOBRE DIFICULDADES MÉDICAS: Só é exigida no caso de solicitação de isenção por dificuldade médica. Documentação pode ser solicitada, mas não é necessária neste momento.

Despesas médicas familiares	Valor médio	Período da renda declarada (Circule um)
Médicos	\$	Por: semana, mês, ano
Farmácia	\$	Por: semana, mês, ano
Outras _____	\$	Por: semana, mês, ano

7. INFORMAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: Por favor forneça informação da cobertura do seu plano de saúde.

O paciente tinha plano de saúde na ocasião do serviço? (Circule um)				SIM	NÃO
Nome da companhia do plano	Número de identificação	Nome do subscritor	Data de vigência		

Com a minha assinatura abaixo, eu certifico que tudo que eu declarei neste requerimento e em quaisquer anexos é verdadeiro no melhor do meu conhecimento.

Eu concordo em fornecer a documentação adicional a pedido para determinar a minha elegibilidade. Eu estou ciente de que falsificação de qualquer informação fornecida pode resultar em recusa para a assistência financeira.

Eu concordo em informar ao hospital sobre qualquer mudança na minha renda, tamanho da família, cobertura de plano de saúde ou outra informação que possa mudar a minha elegibilidade para assistência financeira.

Assinatura do requerente/Fiador: _____ Data: _____

Assinatura de Representante autorizado: _____ Data: _____

Antes de submeter, por favor certifique-se de ter preenchido todas as seções aplicáveis deste requerimento e de ter incluído todas as documentações solicitadas para verificação da sua situação financeira. Solicitações incompletas não serão aprovadas.

Franciscan Children's Official Use Only

FAP Approved ☐

FAP Denied ☐

Patient's Name: _____

MR/Acct# _____

Service Location: _____

Percentage of Discount: _____

Approved By: _____

Date: _____

Comments: _____
