

Solicitação de assistência financeira

INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

Todos os campos devem ser preenchidos

Data do serviço (passado ou futuro): _____ Instalação: _____

Nome completo do paciente: _____ Previdência Social nº: _____

Data de nascimento: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Endereço para correspondência: _____ Número do prontuário: _____

Número de telefone: _____ Nome de quem preencheu a solicitação: _____

Parentesco com o(a) paciente: _____

Membros do núcleo familiar por nome legal, incluindo você (Fiador)

Nome (último, primeiro e do meio)	Data de nascimento	Idade	Parentesco	Ocupação	Previdência Social nº	Renda anual
						US\$
						US\$
						US\$
						US\$
TOTAL						US\$

Fontes de renda (se zero, indique zero na caixa)

Renda	US\$
Previdência Social	US\$
Outros rendimentos/pensão alimentícia/ investimentos/aposentadoria	US\$
Renda total	US\$
Saldo 401K	US\$
Valor da hipoteca	US\$
Valor do aluguel	US\$
Saldo da conta de poupança	US\$
Alterar verificação de cuidados de saúde	
Se não tiver renda, como você se sustenta?	Descreva abaixo:

Outras perguntas de cobertura

O(a) paciente possui plano de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
O(a) paciente está recebendo tratamento por lesões cobertas por terceiros, como uma companhia de seguros de automóveis ou indenização de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
O(a) paciente tem Medicaid? – Se sim, vá direto para a página 2	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
O(a) paciente solicitou inscrição no Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Você está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Você possui um Seguro de Invalidez da Previdência Social?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Você tem mais de 65 anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Você tem 19 anos ou menos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Você é um(a) pai/mãe com custódia e está em situação de desemprego?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No

Solicitação de assistência financeira

Declaração: certifico que as informações que disponibilizei são verdadeiras e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo que as informações enviadas estão sujeitas a verificação, incluindo a classificação da agência de crédito, e estão sujeitas a revisão por órgãos federais e/ou estaduais e outros, conforme necessário. Autorizo meu empregador a apresentar à Piedmont Healthcare comprovação da minha renda. Entendo que, se alguma informação que forneci provar ser falsa, a Piedmont Healthcare reavaliará a minha situação financeira e tomará qualquer ação que se torne apropriada.

Além disso, concordo em solicitar qualquer assistência (por exemplo, Medicare, Medicaid, auxílio estatal (para câncer), reabilitação profissional, seguro, etc.) que possa estar disponível para pagamento das minhas despesas na Piedmont Healthcare. Cooperarei plenamente com a Change Healthcare, a processadora de Elegibilidade para o Medicaid da Piedmont Healthcare, na tomada de quaisquer medidas que possam ser consideradas necessárias para obter tal assistência e atribuirei ou pagarei à Piedmont Healthcare o valor recuperado para cobrir os custos da Piedmont Healthcare. Uma Solicitação do Programa de Assistência Financeira completa é aplicável por fiador.

Assinatura do requerente	Nome do requerente (EM LETRA DE FORMA)	Data	Hora
Assinatura da testemunha	Nome da testemunha (EM LETRA DE FORMA)	Data	Hora

São necessários documentos para embasar a sua solicitação e processá-la. Não fornecer essas informações pode resultar no indeferimento da solicitação, e você não poderá recorrer dessa decisão. Você pode entrar em contato com o departamento de Assistência Financeira se tiver dúvidas ou se precisar de ajuda para preencher a solicitação em:

Documentos necessários

- Tipos de documento de identificação com foto válidos (apenas documentos de identificação oficiais):
 - Carteira de motorista válida emitida pelo estado (documentos inválidos ou expirados são permitidos em certas circunstâncias)
 - Documento de identidade estadual
 - Passaporte
 - Identificação militar
 - Qualquer documento consular ou escolar com foto
 - Visto ou cartão de residente estrangeiro (se aplicável)
 - Não são aceitos: cartão Costco, selfies ou fotos de Natal/férias
- Comprovante de residência: os documentos de comprovação de residência não devem ter mais de 30 dias, devendo estar no nome do(a) paciente. Tipos válidos:
 - Contrato de locação: pode ser usado se ainda for válido e se todos os outros documentos apresentarem o mesmo endereço
 - Carta de vale-alimentação
 - Contas de serviços públicos: com endereço físico
 - Outros documentos comerciais que comprovam o local de residência, como extratos de cartão de crédito, IRS, cartas do Medicaid, cartas estudantis da escola, extratos bancários, extratos da hipoteca
- Observação: uma caixa postal não comprova residência.
- Comprovante de renda
 - Se empregado: documentos necessários: três holerites mais recentes (paciente e cônjuge/parceiro)
OU
 - Se desempregado: documentos necessários: solicitação de seguro desemprego ou concessão de seguro desemprego e cópias dos extratos bancários dos últimos três meses da conta corrente e conta (todas as contas)
OU
 - Se autônomo: documentos necessários: cópias dos extratos bancários dos últimos três meses das contas correntes/poupança pessoais e comerciais (paciente e cônjuge/parceiro) (todas as contas)
OU
 - Se aposentado: documentos necessários: carta com o número da previdência social (se aplicável) e cópias dos extratos bancários dos últimos três meses das contas correntes/poupança pessoais e comerciais (paciente e cônjuge/parceiro) (todas as contas)
 - Carta com o número da previdência social para Medicare - WWW.SSA.gov/myaccount
- E – Os seguintes documentos são usados para verificar as informações e NÃO substituem a lista acima.
 - Quaisquer cartas de decisão indicando que o paciente está recebendo compensação por desemprego, Medicaid, Seguro de Invalidez da Previdência Social, Assistência Geral, etc.
 - Carta de vale-alimentação
 - Verificação de falta de moradia ou uma carta de um abrigo com papel timbrado da empresa
 - Outros documentos comerciais que mostrem como o(a) paciente se mantém
- Comprovante do número de dependentes
 - Declaração de imposto de renda assinada dos anos anteriores: necessária apenas se houver declaração de dependentes
 - Quaisquer cartas de decisão indicando que o paciente tem responsabilidade legal pela criança, como documentos de tutela judicial ou documentos de custódia