

# 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\$
<b>TOTAL</b>						US\$

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

Renda	US\$
Previdência Social	US\$
Outros rendimentos/pensão alimentícia/ investimentos/aposentadoria	US\$
<b>Renda total</b>	US\$
Valor do aluguel	US\$
Valor da hipoteca	US\$
Saldo 401K/IRA	US\$
Saldo da conta de poupança	US\$
Verificação do fornecedor do Medicaid	
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
Você está aqui com um visto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> No
Nº de identificação do visto/país/data de retorno: _____	

## 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.

**Eu concordo ainda em solicitar qualquer assistência (ou seja, Medicare, Medicaid, Auxílio Estadual (para Câncer), Reabilitação Vocacional, Seguro etc.) que possa estar disponível para o pagamento das cobranças da minha conta da Piedmont Healthcare. Cooperarei totalmente com o fornecedor de assistência do Medicaid da Piedmont Healthcare e com o processador de elegibilidade do Medicaid da Piedmont Healthcare, tomando todas as medidas que possam ser consideradas necessárias para obter tal assistência e atribuirei ou pagarei à Piedmont Healthcare o valor recuperado pelas cobranças da Piedmont Healthcare. A falta de cooperação com o fornecedor de elegibilidade do Medicaid da Piedmont Healthcare resultará no indeferimento imediato da Assistência Financeira. Uma Solicitação do Programa de Assistência Financeira completa é aplicável por fiador.**

Assinatura do requerente	Nome do requerente ( <b>EM LETRA DE FORMA</b> )	Data	Hora
Assinatura da testemunha	Nome da testemunha ( <b>EM LETRA DE FORMA</b> )	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:

### Requisitos de documentação

- **Tipos de documento de identificação com fotografia válidos (apenas documentos de identificação oficiais):**
  - Carta de condução válida emitida pelo Estado (documentos inválidos ou expirados são permitidos em certas circunstâncias)
  - Documento de identificação oficial
  - Passaporte
  - Identificação militar
  - Qualquer documento consular ou escolar com fotografia
  - Visto ou cartão de residente estrangeiro (se aplicável)
  - Não são aceites: cartão Costco, selfies ou fotografias de Natal/férias
- **Comprovativo de residência – Os documentos comprovativos de residência não devem ter mais de 30 dias e devem estar em nome do paciente. Tipos aceitáveis:**
  - Contrato de arrendamento - pode ser usado se ainda estiver válido e todos os outros documentos contiverem o mesmo endereço
  - Carta de vales de alimentação
  - Contas de serviços públicos: com endereço físico
  - Outros documentos comerciais que comprovem o seu local de residência, como extratos de cartão de crédito, autoridade tributária, cartas da Medicaid, cartas escolares de estudante, extratos bancários, extratos de hipotecas
  - Nota: uma caixa postal não comprova residência.
- **Comprovativo de rendimentos**
  - Empregado:** documentos necessários
    - Os três recibos de vencimento mais recentes (Paciente e cônjuge/parceiro legal)
  - Desempregado:** documentos necessários –
    - Pedido de subsídio de desemprego ou carta de concessão de subsídio de desemprego, cópias dos extratos bancários dos últimos três meses, incluindo contas correntes, a prazo, de débito e virtuais – todas as contas
  - Trabalhador por conta própria:** documentos necessários –
    - Cópias dos extratos bancários dos últimos três meses, incluindo contas correntes, a prazo, a débito e virtuais – todas as contas pessoais e comerciais
  - Aposentado ou deficiente:** documentos necessários –
    - Todos os documentos de verificação de renda, ou seja, anuidade, aposentadoria, invalidez, sobrevivência e renda de segurança suplementar, esta não é uma lista completa.
    - Cópias dos extratos bancários dos últimos três meses, incluindo contas correntes, a prazo, a débito e virtuais – todas as contas pessoais e comerciais
    - Carta com o número da previdência social Medicare - [WWW.SSA.gov/myaccount](http://WWW.SSA.gov/myaccount)
- **E – Os seguintes documentos são usados para verificar as informações e NÃO substituem a lista acima:**
  - Quaisquer cartas de decisão que indiquem que o paciente está a receber subsídio de desemprego, Medicaid, invalidez da Segurança Social, Assistência Geral, etc.
  - Carta de vales de alimentação
  - Verificação de situação de sem-abrigo – é necessária uma carta de um local de acolhimento em papel timbrado da instituição
  - Uma carta de apoio de um membro da família ou amigo não é documentação aceitável
  - Outros documentos comerciais que mostrem como o paciente está a ser apoiado
- **Comprovativo de número de dependentes**
  - Transcrição completa da declaração de impostos dos anos anteriores: necessária apenas se houver declaração de dependentes
    - A transcrição da declaração de impostos pode ser encontrada em [IRS.GOV](http://IRS.GOV)
  - Quaisquer cartas de decisão que indiquem que o paciente tem responsabilidade legal pela criança, como documentos de guarda ordenados pelo tribunal, ou custódia