

**CHI Mercy Health
Instruções para o formulário de solicitação de assistência financeira**

Esta é uma solicitação de assistência financeira à *CommonSpirit Health*.

A CommonSpirit Health oferece assistência financeira a pessoas e famílias que atendem determinados requisitos de renda. Você pode estar apto a receber atendimento gratuito ou com desconto baseado no tamanho e na renda da sua família, mesmo que disponha de seguro-saúde. A assistência é fornecida aos pacientes com renda familiar menor do que 400% das Diretrizes Federais de Nível de Pobreza. Informações sobre as Diretrizes Federais de Nível de Pobreza podem ser encontradas em <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

O que a assistência financeira cobre? A assistência financeira hospitalar cobre serviços hospitalares apropriados prestados pela CommonSpirit Health, dependendo da sua qualificação. A assistência financeira pode não cobrir todos os custos do atendimento, incluindo serviços prestados por outras organizações.

Se você tiver perguntas ou precisar de ajuda para completar esta solicitação: Você pode obter ajuda por qualquer motivo, incluindo assistência linguística e a pessoas com deficiência, em: 844-286-5546

Para que sua solicitação seja processada, você deve:

- Fornecer informações sobre sua família
- Fornecer informações sobre a renda bruta mensal da sua família (renda antes dos impostos e deduções)
- Fornecer documentação da renda familiar
- Fornecer documentação para bens da família (opcional)
- Anexar informações adicionais, caso necessário
- Assinar e datar o formulário

Nota: Você não precisa fornecer um número de Seguro Social para solicitar assistência financeira. Se você nos fornecer seu número de Seguro Social, isso ajudará a acelerar o processamento de sua solicitação. Os números da Seguro Social são usados para verificar as informações fornecidas a nós. Se você não tiver um número de Seguro Social, marque “não aplicável” ou “NA”.

Enviar a solicitação preenchida com toda a documentação por correio ou fax para: CHI Mercy Health, ATTN: EES - Financial Assistance Center, P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 Fax: 469-803-4627. Guarde uma cópia consigo.

Para enviar sua solicitação preenchida pessoalmente: CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

Nós notificaremos você da decisão final sobre a qualificação e do direito de recurso, se aplicável, no prazo de 30 dias corridos após o recebimento da solicitação completa de assistência financeira, incluindo a documentação da renda.

Ao submeter uma solicitação de assistência financeira, você consente que nós façamos as consultas necessárias para confirmar as informações e obrigações financeiras.

Nós queremos ajudar. Envie sua solicitação o mais rápido possível!

Você pode receber cobranças até nós recebermos suas informações.

CHI Mercy Health
Formulário de solicitação de assistência financeira – Confidencial

*Preencha todas as informações de forma completa. Se alguma não for aplicável, escreva “NA”.
 Anexe páginas extras, caso necessário.*

INFORMAÇÕES DE TRIAGEM

Você precisa de um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Em caso afirmativo, liste o idioma de preferência:</i>
O paciente solicitou Medicaid? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Pode ser necessário solicitar antes de ser considerado para assistência financeira</i>
O paciente recebe serviços públicos estaduais, como cupons de alimentos ou WIC (Women, Infants, and Children)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O paciente está atualmente desabrigado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A necessidade de atendimento médico do paciente está relacionada a um acidente de trânsito ou no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lista de hospitais da CommonSpirit onde você recebeu atendimento:

OBSERVAÇÃO

- Não podemos garantir que você esteja apto a receber assistência financeira, mesmo que envie a solicitação.
- Ao enviar sua solicitação, podemos conferir todas as informações e pedir informações adicionais ou comprovação de renda.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DO SOLICITANTE

Primeiro nome do paciente	Segundo nome do paciente	Sobrenome do paciente	
Data de nascimento	Números da conta do paciente:		Número de Seguro Social do paciente (opcional*)
Responsável pelo pagamento da cobrança	Relação com o paciente	Data de nascimento	Número de Seguro Social (opcional*)
Endereço para correspondência			Número(s) de contato principal:
Cidade			() _____
Estado			() _____
CEP			E-mail: _____
Situação laboral do responsável pelo pagamento da cobrança			
<input type="checkbox"/> Empregado (data da contratação: _____)			
<input type="checkbox"/> Desempregado (há quanto tempo desempregado: _____)			
<input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Invalído <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outro (_____)			

INFORMAÇÕES FAMILIARES

Liste os familiares em seu domicílio, incluindo você. “Família” inclui duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que moram juntas. Se um paciente pode colocar alguém como dependente na declaração de imposto de renda, essa pessoa é considerada familiar do paciente para os fins desta solicitação.

TAMANHO DA FAMÍLIA _____

Anexe uma página extra, caso necessário

Nome	Data de nascimento	Relação com o paciente	Se maior de 18 anos: Nome dos empregadores ou fonte de renda	Se maior de 18 anos: Total da renda bruta mensal (antes dos impostos):	Também está solicitando assistência financeira?
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não

A renda de todos os membros adultos da família deve ser informada. Fontes de renda incluem, por exemplo:

- Salários - Seguro-desemprego - Trabalho autônomo - indenização por acidente ou doença de trabalho
- Seguro por invalidez - SSI - Auxílio do filho/cônjuge - Programas de trabalho e estudo (estudantes)
- Pensão - Distribuições de contas de aposentadoria - Outro (*especifique: _____*)

INFORMAÇÕES DE RENDA

LEMBRE-SE: *Você deve incluir comprovação de renda em sua solicitação.*

Você deve fornecer informações sobre a renda da sua família. A verificação da renda é necessária para determinar a assistência financeira.

Todos os familiares maiores de 18 anos devem informar sua renda. Forneça comprovação de todas as fontes de renda especificadas.

Exemplos de comprovações de renda incluem:

- A declaração do imposto de renda do ano passado, incluindo as tabelas, se aplicável; ou
- Uma declaração de retenção "W-2"; ou
- Contracheques atuais (*3 meses*); ou
- Declarações por escrito assinadas por empregadores ou outros; E
- Aprovação/negação de elegibilidade para o Medicaid e/ou assistência médica financiada pelo governo; ou
- Aprovação/indeferimento de qualificação para seguro-desemprego.

Se você não tiver renda ou como comprová-la, anexe uma página extra com uma declaração assinada explicando como você arca com as despesas básicas de subsistência (como moradia, alimentação e serviços públicos).

INFORMAÇÕES DO ATIVO

(Esta seção é opcional e pode ser usada para determinar a elegibilidade para outros programas de assistência)

Forneça comprovação de todas as fontes de ativos especificadas. Exemplos de comprovações de renda incluem:

- Extratos bancários atuais (mostrando os últimos 3 meses)
 - Conta(s) corrente(s)
 - Conta(s) de poupança
- Investimentos, incluindo ações e títulos
- Fundos fiduciários

- Conta(s) do mercado monetário
- Fundos mútuos
- Outros fundos de investimento que não incorrerão em penalidade se os fundos forem retirados.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Anexe uma página extra se houver outras informações sobre sua situação financeira atual que você gostaria de incluir, como dificuldades financeiras, despesas médicas excessivas, renda sazonal ou temporária ou perda pessoal.

CONTRATO DO PACIENTE

Eu compreendo que a CommonSpirit Health pode verificar informações analisando as informações de crédito e obtendo-as de outras fontes para ajudar a determinar a qualificação para assistência financeira ou planos de pagamento.

- Eu certifico que as informações fornecidas são verdadeiras e precisas, salvo melhor juízo.
- Eu irei, de forma independente ou com a ajuda do pessoal do hospital, solicitar TODA e QUALQUER assistência que possa estar disponível através de fontes federais, estaduais, locais e privadas para ajudar a pagar esta conta de saúde.
- Eu compreendo que a não cooperação com a CommonSpirit Health no fornecimento das informações solicitadas pode resultar no indeferimento da minha solicitação.
- Entendo que as informações que envio estão sujeitas a verificação pela CommonSpirit Health, incluindo agências de relatórios de crédito e sujeitas a revisão por agências federais e/ou estaduais e outras, conforme necessário.
- Eu compreendo que informações adicionais podem ser solicitadas para se qualificar para assistência.

Se você receber pagamento de uma seguradora, plano de indenização de trabalhadores ou qualquer terceiro, você concorda em informar o hospital sobre tal pagamento. O hospital reserva o direito de cobrar as despesas originais e totais cobradas caso um terceiro lhe forneça pagamento pelos serviços do hospital.

Assinatura do solicitante

Data