

Caro Paciente,

Em anexo está a Requisição de Assistência Financeira do Northeast Hospital Corporation Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital Inc. Por favor, preencha-a por inteiro e encaminhe toda a documentação necessária. Requisições incompletas podem resultar no indeferimento da assistência financeira.

O prazo para o recebimento da requisição é de 240 dias a partir do primeiro extrato de cobrança referente aos serviços para os quais a assistência financeira estiver sendo requisitada.

O Northeast Hospital Corporation Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital Inc. e seus afiliados estão comprometidos em fornecer assistência financeira para pacientes com necessidades médicas que não tenham seguro de saúde, ou cujo seguro não ofereça cobertura suficiente, e que sejam inelegíveis para programas governamentais ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários, com base na sua situação financeira individual.

Em caso de dúvida, entre em contato com o Aconselhamento Financeiro pelo número abaixo.

Obrigado.

Encaminhe o Formulário em anexo para:
Departamento de Aconselhamento Financeiro
Lahey Hospital & Medical Center
41 Mall Road
Burlington MA 01803
781-744-8815

Requisição de Assistência Financeira para Atendimento de Caridade

Por favor, imprima

Data de Hoje: _____ Nº de Seguridade Social: _____

Número do Prontuário: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Rua

Nº do apto.

Cidade

Estado

CEP

Data dos Serviços Hospitalares: _____ Data de Nascimento do Paciente: _____

O paciente tinha seguro de saúde ou Medicaid** no momento dos serviços hospitalares? Sim Não
Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e preencha os seguintes dados:

Nome da Seguradora: _____ Número da Apólice: _____

Data de Vigência: _____ Nº de Telefone da Seguradora: _____

**Antes de requisitar Assistência Financeira, você deverá ter requisitado cobertura pelo Medicaid nos 6 meses anteriores, e terá que comprovar a recusa.

Observação: A Assistência Financeira pode não se aplicar se uma Conta de Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Gastos Flexíveis (CDF) ou semelhante fundo destinado a despesas médicas tiver sido estabelecido. Deve ser feito pagamento por meio de qualquer fundo já estabelecido antes que a assistência possa ser fornecida.

Para requisitar assistência financeira, preencha os seguintes dados:

Liste todos os membros da família, incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos naturais ou adotivos com menos de 18 anos que residam no mesmo domicílio que o paciente.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de renda ou Nome do Empregador	Renda Mensal Bruta
1.				
2.				
3.				
4.				

Além da Requisição de Assistência Financeira, necessitamos também da seguinte documentação:

- Declaração de imposto de renda federal ou estadual atualizada
- Formulários W2 e/ou 1099 atualizados
- Quatro contracheques mais recentes
- Quatro extratos bancários de conta corrente e/ou de poupança mais recentes
- Conta de poupança de saúde
- Plano de reembolso de saúde
- Conta de Gastos Flexíveis

Caso essa documentação não esteja disponível, entre em contato com a Unidade de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (718) 744-8815 para discutir alternativas de documentação.

Ao assinar abaixo, certifico que li com atenção a Requisição e a Política de Assistência Financeira, e que tudo o que declarei e toda a documentação que anexeï são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que é ilegal fornecer deliberadamente informações falsas para obter assistência financeira.

Assinatura do Requerente: _____

Parentesco com o Paciente: _____

Data do Preenchimento: _____

Se a sua renda for complementada por qualquer meio, ou se você declarou renda de \$0,00 nessa requisição, solicite que a(s) pessoa(s) que fornecem ajuda para você e sua família preencham a Declaração de Apoio Financeiro abaixo:

Declaração de Apoio Financeiro:

Fui identificado pelo paciente/responsável como provedor de apoio financeiro. A lista abaixo contém os serviços e o apoio financeiro por mim fornecidos.

Certifico e atesto que todas as informações prestadas são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que minha assinatura não me torna financeiramente responsável pelas despesas médicas do paciente.

Assinatura: _____ Data do Preenchimento: _____

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento dessa requisição para a determinação da elegibilidade.

Caso elegível, a assistência financeira será concedida por seis meses a partir da data da aprovação, será válida em todos os afiliados do Beth Israel Lahey Health, conforme estabelecido no Anexo 5 de suas respectivas Políticas de Assistência Financeira:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Somente Funcionários.

Requisição Recebida por:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| AJH | <input type="checkbox"/> |
| AGH | <input type="checkbox"/> |
| BayRidge | <input type="checkbox"/> |
| BIDMC | <input type="checkbox"/> |
| BID Milton | <input type="checkbox"/> |
| BID Needham | <input type="checkbox"/> |
| BID Plymouth | <input type="checkbox"/> |
| Beverly | <input type="checkbox"/> |
| LHMC | <input type="checkbox"/> |
| LMC Peabody | <input type="checkbox"/> |
| MAH | <input type="checkbox"/> |
| NEBH | <input type="checkbox"/> |
| WH | <input type="checkbox"/> |