

Caro Paciente,

Em anexo está a Solicitação de Assistência Financeira BIDMC. Por favor, preencha-a por inteiro e retorne com toda a documentação necessária. Solicitações incompletas podem resultar na recusa da assistência financeira.

O prazo para o retorno da solicitação é de 240 dias a partir da primeira declaração de faturamento para os serviços aos quais a assistência financeira está sendo solicitada.

Beth Israel Deaconess Medical Center e seus afiliados são dedicados a fornecer assistência financeira para pacientes com necessidades médicas que não têm seguro, ou o mesmo não cobre, que são inelegíveis para um programa do governo ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários, baseado na sua situação financeira individual.

Se você tem perguntas, por favor entre em contato com o Aconselhamento Financeiro no número listado abaixo.

Obrigado.

Retornar o Formulário para:

Unidade de Aconselhamento Financeiro

Beth Israel Deaconess Medical Center

East Campus/Rabb

Room 111

330 Brookline Avenue

Boston, MA 02215

617-667-5661

## Solicitação de Assistência Financeira

**Por favor imprima**

Data de Hoje: \_\_\_\_\_

Segurança Social # \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Rua

Número do apto.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cidade

Estado

CEP

Data dos Serviços Hospitalares: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Paciente \_\_\_\_\_

O paciente tinha plano de saúde ou Medicaid\*\* no momento do serviço hospitalar? Sim  Não

Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do plano de saúde (frente e verso) e preencha o seguinte:

Nome da Companhia do Plano: \_\_\_\_\_

Número da Apólice: \_\_\_\_\_

Data de Vigência: \_\_\_\_\_

Nº de Telefone do Seguro: \_\_\_\_\_

**\*\*Antes de solicitar por Assistência Financeira, você deve ter solicitado para o Medicaid nos últimos 6 meses e terá que mostrar uma prova da recusa.**

*Nota: A Assistência Financeira pode não se aplicar se uma Conta Poupança de Saúde (CPS), Conta Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Despesas Flexíveis (CDF) ou fundo similar designado para despesas médicas foi estabelecido. O pagamento de qualquer fundo estabelecido é feito antes da assistência poder ser fornecida.*

**Para solicitar assistência financeira, complete o seguinte:**

Listar todos os membros da família incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos, natural ou adotado, com menos de 18 anos que vivem na casa.

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

Além da Solicitação de Assistência Financeira necessitamos também da seguinte documentação anexada à essa aplicação:

- Estado atual ou declaração de imposto de renda federal
- W2 atual
- Quatro folhas de pagamento mais recentes
- Quatro declarações de extrato bancário e/ou poupança mais recentes

Se estes não estiverem disponíveis, por favor ligue para Unidade de Aconselhamento Financeiro no (617) 667-5661 para discutir outra documentação que possa ser fornecida.

Ao assinar abaixo, eu certifico que li com atenção a Política de Assistência Financeira e a Solicitação, e que tudo o que declarei ou qualquer documentação que anexe são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento. Eu entendo que é ilegal a consciente apresentação de informações falsas para obter assistência financeira.

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_

Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Conclusão: \_\_\_\_\_

Se o seu rendimento é complementado de alguma forma ou se você registrou \$0,00 de renda nesta aplicação, certifique-se de que a(s) pessoa(s) que tem fornecido ajuda para você e sua família preencha a Declaração de Apoio abaixo:

**Declaração de Apoio:**

Fui identificado por parte do paciente/responsável como fornecedor de apoio financeiro. Abaixo está uma lista de serviços e apoio que eu forneço.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Certifico e verifico que todas as informações prestadas são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento. Eu entendo que minha assinatura não vai me fazer financeiramente responsável por despesas médicas do paciente.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data de Conclusão: \_\_\_\_\_

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento da solicitação preenchida para determinação de elegibilidade.

Se elegível, o apoio financeiro é concedido até seis meses a partir da data de aprovação e é válido para todas as afiliadas Beth Israel Deaconess:  
Israel Deaconess Medical Center-Boston

Beth Israel Deaconess Milton

Beth Israel Deaconess Needham

Beth Israel Deaconess Plymouth

Somente Funcionários.	Beth
Aplicação Recebida por:	
BIDMC <input type="checkbox"/>	
BID Milton <input type="checkbox"/>	
BID Needham <input type="checkbox"/>	
BID Plymouth <input type="checkbox"/>	
Date Received:	