

## Requerimento para Assistência Financeira

O Tufts Medical Center orgulha-se de proporcionar o melhor atendimento a todos os pacientes. O Tufts MC oferece assistência financeira por meio de sua Política de Assistência Financeira aos pacientes que não dispõem de meios para pagar pelo atendimento de emergência e médico necessário. A Assistência financeira do Tufts MC não visa cobrir o atendimento que não seja necessário do ponto de vista médico. Tampouco se destina a dar descontos para copagamentos de seguro, cosseguros ou franquias.

Os pacientes que dispõem de recursos financeiros devem pagar pelos serviços fornecidos pelo Tufts MC. Entretanto, você pode se qualificar para receber assistência financeira. Aconselhamos os pacientes a se candidatar a todos os programas de assistência do governo, tais como MassHealth, ConnectorCare ou Health Safety Net, antes de se candidatar ao Programa de Assistência do Tufts MC. **Deixar de se candidatar a um programa de assistência do governo ao qual você poderia se qualificar pode causar atrasos ou que seu requerimento seja negado.** Se precisar de ajuda para se candidatar para os programas de assistência do governo, um dos nossos Coordenadores Financeiros do Tufts MC pode ajudar você.

Sua qualificação para os programas de assistência financeira depende de você preencher total e corretamente este Requerimento de Assistência Financeira.

Se tiver perguntas, entre em contato com o Departamento de Coordenação Financeira do Tufts MC em:

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)  
617-636-6013

ou compareça pessoalmente, nos seguintes locais do Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor  
755 Washington Street  
Boston, MA 02111

Envie seu requerimento preenchido para:

Tufts Medical Center  
Financial Coordination  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

### ■ INSTRUÇÕES

Preencha todo o Requerimento de Assistência Financeira e inclua cópias dos seguintes documentos de todos os candidatos. Se não entregar os documentos necessários no prazo de 30 dias o requerimento será negado. Anexe cópias de todos os documentos apresentados, pois eles não serão devolvidos.

- Preencha todas as seções do requerimento que se aplicam, e não deixe de **assinar a declaração na página 4**
- Inclua uma cópia da sua **carteira de motorista, outro documento de identidade com foto ou documentos que comprovem seu endereço atual**. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.
- Inclua uma cópia do(s) seu(s) **cartão(ões) de seguro**
- Inclua algum tipo de **comprovação da sua renda**:
  - Inclua uma cópia do(s) seu(s) **W-2 mais recente(s)**
  - Se houve uma mudança **recente na sua renda**, inclua documentos como contracheques recentes (4, no mínimo), atestados de desemprego, extratos bancários/de investimento e/ou declarações do seguro social
- Se o paciente **faleceu**, forneça uma cópia da certidão de óbito e uma carta informando a situação do espólio

**1 PACIENTE/CANDIDATO**

Preencha esta seção com informações sobre o paciente e/ou candidato.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: inclua documentos que comprovem sua condição de residente: carteira de motorista, outro documento de identidade com foto ou documentos que comprovem seu endereço atual. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.

Data de hoje \_\_\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Data de nascimento do paciente   /   /

No. do Seguro Social do paciente     /   /

No. do Prontuário do paciente \_\_\_\_\_

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Telefone do candidato \_\_\_\_\_

Endereço do candidato \_\_\_\_\_

**SUA FAMÍLIA**

Forneça o nome, data de nascimento e relação com o paciente de todas as pessoas que moram na sua casa.

Pessoa 1 \_\_\_\_\_

Data de nascimento   /   /

Relação com o paciente \_\_\_\_\_

Pessoa 2 \_\_\_\_\_

Data de nascimento   /   /

Relação com o paciente \_\_\_\_\_

Pessoa 3 \_\_\_\_\_

Data de nascimento   /   /

Relação com o paciente \_\_\_\_\_

Pessoa 4 \_\_\_\_\_

Data de nascimento   /   /

Relação com o paciente \_\_\_\_\_

Pessoa 5 \_\_\_\_\_

Data de nascimento   /   /

Relação com o paciente \_\_\_\_\_

Sim  Não Você é cidadão dos Estados Unidos?

Sim  Não Se NÃO, você é residente permanente residindo legalmente nos EUA\*?

\*Se o paciente for residente permanente, forneça uma cópia da documentação oficial.

Candidato quer dizer o paciente ou a pessoa responsável financeiramente pelo paciente:

Formato da Data de Nascimento:  
MM/DD/AAAA

## 2 INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO

Preencha esta seção com informações sobre o seguro do paciente.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: se for o caso, inclua uma cópia do(s) cartão(ões) de seguro, avisos do Medicaid, aviso sobre serviços não cobertos e documentação dos limites da rede. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.

Sim  Não Você se candidatou ao Medicaid nos últimos 6 meses?

Sim  Não Existe uma candidatura pendente ou aprovada no Medicaid em seu nome?

Sim  Não Sua candidatura ao Medicaid foi negada?

Sim  Não Você tem seguro de saúde?

Sim  Não O seu plano cobre serviços prestados pelo Tufts Medical Center?

Sim  Não Existe algum serviço específico que sua seguradora não cobre?

Se Sim, favor explicar

---



---



---

### INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO PRIMÁRIO

Nome da seguradora 

---

Endereço da seguradora 

---

No. da apólice/identificação 

---

No. do grupo 

---

Titular 

---

Data de nascimento do titular 

---

Relação com o titular 

---

Empregador do titular 

---

Data de adesão 

---

### INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO SECUNDÁRIO

Nome da seguradora 

---

Endereço da seguradora 

---

No. da apólice/identificação 

---

No. do grupo 

---

Titular 

---

Data de nascimento do titular 

---

Relação com o titular 

---

Empregador do titular 

---

Data de adesão 

---

### 3 RENDA BRUTA MENSAL E BENS

Preencha esta seção sobre a renda e os bens do paciente e de cada pessoa que trabalha e mora na casa mencionada na Seção 1. Informe a renda bruta, que significa os rendimentos antes do imposto e deduções.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: inclua a documentação que comprove essa renda: contracheques, declarações de renda, formulário W2, extratos bancários, declarações de investimentos ou outra comprovação.

A Seção 3 não precisa ser preenchida se o paciente e os membros de sua família não tiverem renda ou bens.

#### RENDA FAMILIAR

|   | PACIENTE | PESSOA 1 | PESSOA 2 | PESSOA 3 | PESSOA 4 | (SOMENTE PARA USO DA UNIDADE) |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------|
| Ordenado/salário/gorjetas                                     |          |          |          |          |          |                               |
| Seguro desemprego   |          |          |          |          |          |                               |
| Seguro Social   |          |          |          |          |          |                               |
| Pensão alimentícia para filhos + pensão alimentícia (cônjuge) |          |          |          |          |          |                               |
| Renda como autônomo   |          |          |          |          |          |                               |
| Juros/dividendos recebidos                                    |          |          |          |          |          |                               |
| Aposentadoria   |          |          |          |          |          |                               |
| IRA/ações/títulos   |          |          |          |          |          |                               |
| Renda com aluguel   |          |          |          |          |          |                               |
| Pagamentos de fundo de investimento                           |          |          |          |          |          |                               |
| Seguro de acidente no trabalho                                |          |          |          |          |          |                               |
| Benefícios de veterano de guerra                              |          |          |          |          |          |                               |

#### SEM DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Se você **não tem renda** e é sustentado financeiramente por outra pessoa, peça que essa pessoa preencha e assine a declaração abaixo.

Nome do paciente \_\_\_\_\_

não tem nenhuma renda no momento. Eu sou responsável pelo seu sustento, fornecendo comida, casa e roupas necessárias. Também forneço um auxílio financeiro no valor de

\$ \_\_\_\_\_ em média, por mês.

Assinatura da pessoa que sustenta \_\_\_\_\_

Data                          /    /    

#### BENS DA FAMÍLIA — CONTAS CORRENTES E DE POUPANÇA

| TIPO DE CONTA | BANCO/INSTITUIÇÃO | SALDO |
|---------------|-------------------|-------|
|               |                   |       |
|               |                   |       |
|               |                   |       |
|               |                   |       |

Tipo de conta: corrente ou de poupança.

QUE NÃO SEJA OS BENS CONTÁBEIS DA FAMÍLIA

| TIPO DE CONTA  | BANCO/INSTITUIÇÃO | SALDO |
|--|-------------------|-------|
| Ações/títulos  |                   |       |
| Certificado de Depósito                                      |                   |       |
| Títulos de dívida pública não negociáveis (US Savings Bonds) |                   |       |
| Conta de poupança de saúde (HSA)                             |                   |       |
| Certificados de poupança                                     |                   |       |
| Christmas ou Vacation Clubs (programas de poupança dos EUA)  |                   |       |
| Outros   |                   |       |

**4 DIFICULDADE MÉDICA**

Esta seção pode não se aplicar ao seu caso. Preencha a seção se você tem uma quantidade significativa de contas médicas a pagar. Faça uma lista das despesas médicas do Tufts Medical Center e outros provedores. A documentação poderá ser solicitada, mas não precisa ser apresentada neste momento.

| DESPESAS MÉDICAS | VALOR TOTAL | COM QUE FREQUÊNCIA OCORRE ESSE CUSTO?   | (SOMENTE PARA USO DA UNIDADE) |
|------------------|-------------|---|-------------------------------|
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |
|                  |             | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual |                               |

**DECLARAÇÃO — TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR**

Declaro sob juramento que todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, corretas e completas, pelo que eu saiba, tenha conhecimento e acredite. Concordo em informar ao Tufts Medical Center, no prazo de uma semana, se houver mudanças na renda, recursos financeiros ou outras informações mencionadas neste documento que possam afetar minha qualificação para receber assistência financeira do Tufts Medical Center. Entendo que minhas informações de crédito e outras financeiras podem ser conferidas para confirmar minha declaração e qualificação para o programa. Entendo que tenho 30 dias para apresentar os documentos de comprovação corretos e necessários para que eu me qualifique a receber descontos.

As declarações falsas feitas pelo paciente visando obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral do Estado de Massachusetts. Os pacientes que falsificam o requerimento do Programa perderão o direito de se candidatar ao Programa e serão responsáveis pelo pagamento de todos os custos incorridos durante o processo de inscrição no Programa, de forma retroativa ao primeiro dia em que os custos do Programa foram contraídos.

**Todos os candidatos devem assinar a declaração para que ela possa ser considerada.**

Assinatura do candidato \_\_\_\_\_

Data

\_\_/\_\_/\_\_\_\_