

# 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\$
Saldo 401K	US\$
Valor da hipoteca	US\$
Valor do aluguel	US\$
Saldo da conta de poupança	US\$
Alterar verificação de cuidados de saúde	
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

## 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.

**Além disso, concordo em solicitar qualquer assistência (por exemplo, Medicare, Medicaid, auxílio estatal (para câncer), reabilitação profissional, seguro, etc.) que possa estar disponível para pagamento das minhas despesas na Piedmont Healthcare. Cooperarei plenamente com a Change Healthcare, a processadora de Elegibilidade para o Medicaid da Piedmont Healthcare, na tomada de quaisquer medidas que possam ser consideradas necessárias para obter tal assistência e atribuirei ou pagarei à Piedmont Healthcare o valor recuperado para cobrir os custos da Piedmont Healthcare. 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)
  - 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
  - Reformado:** documentos necessários –
    - Carta com número de previdência social, SSN (se aplicável)
    - 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

Piedmont Healthcare, Central de Soluções para Clientes • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339

Telefone: 1-855-788-1212 • Fax: 770-916-7511 • E-mail: [Assistance@piedmont.org](mailto:Assistance@piedmont.org)