

UMASS MEMORIAL HEALTH

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA FORMULÁRIO
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION**

Page 1 of 2

UMass Memorial Health UMass Memorial Medical Group - Location: _____

1. Informações do Paciente

Preencha com letra de forma o nome completo, endereço e informação de contato da pessoa que está solicitando a assistência.

Nome: _____ Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do nome do meio _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Condado: _____
Número e Rua _____

Estado: _____ Código Postal (Zip): _____ SSN: _____ / _____ / _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Telefone Residencial: (_____) _____ Outro Telefone: (_____) _____

2. Membros da Família

Liste todos os membros da sua família que moram com você.

Forneça a seguinte informação para todas as pessoas da sua família imediata que moram na sua casa. Família é definida como o paciente, o cônjuge do paciente e todos os filhos do paciente com menos de 18 anos (biológicos ou adotivos) que moram na casa do paciente. Se o paciente tiver menos de 18 anos, a família deve incluir o paciente, os pais biológicos ou adotivos do paciente e os filhos com menos de 18 anos (biológicos ou adotivos) que moram na casa do paciente.

Nome dos Membros da Família	Data de Nascimento	Parentesco	Número do Seguro Social Social Security Number (SSN)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

3. Salários

Forneça o comprovante de todos os salários listados.

Membro da Família	Valor	Frequência de Recebimento?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

4. Outra Renda

Forneça os comprovantes de todas as rendas listadas.

Tipo de Renda	Membro da Família da Casa que Recebe o Benefício	Valor	Frequência de Recebimento? (assinale uma opção)
Seguro Social		\$	Semanal, Mensal, Anual
Desemprego		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão		\$	Semanal, Mensal, Anual
Fundos de Invalidez		\$	Semanal, Mensal, Anual
Benefícios de Veterano de Guerra		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão Alimentícia aos Filhos		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão Alimentícia		\$	Semanal, Mensal, Anual
Indenização por Acidente de Trabalho		\$	Semanal, Mensal, Anual
Receita Líquida com Aluguel		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda como Autônomo		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda Fiduciial (Trust Income)		\$	Semanal, Mensal, Anual
Outros		\$	Semanal, Mensal, Anual

5. Comentários / Declarações de Suporte

Use esta seção para fornecer informações adicionais ou sua declaração de suporte.

Se você informou ter \$0 de renda, forneça uma breve explicação sobre como você (ou o paciente) consegue se manter:

6. Informações do Seguro de Saúde

Forneça informações sobre a Cobertura de Convênio de Saúde.

Você tinha convênio saúde na ocasião do atendimento? Não Sim

Se sim, forneça as informações e uma cópia do cartão do convênio:

Nome do Convênio	Número de ID	Nome do Segurado	Data de Adesão
------------------	--------------	------------------	----------------

Ao assinar abaixo, declaro que tudo o que foi informado neste pedido e em quaisquer documentos anexos, é a expressão da verdade.

Eu concordo em fornecer documentos adicionais quando solicitados para determinar a minha elegibilidade.

Eu estou ciente de que a falsificação de qualquer informação pode resultar no indeferimento do pedido de assistência financeira.

Eu concordo em informar ao hospital sobre quaisquer mudanças quanto à minha renda, ao tamanho da família, cobertura de seguro de saúde ou outras informações que possam alterar minha elegibilidade para assistência financeira.

Assinatura do Requerente/Fiador	Nome por extenso e em letra de forma	Data	Hora
---------------------------------	--------------------------------------	------	------

Assinatura do Representante Autorizado	Nome por extenso e em letra de forma	Data	Hora
--	--------------------------------------	------	------