

Instruções de Formulário de Candidatura a Assistência Financeira/Cuidados de Beneficência

Esta é uma candidatura para assistência financeira (também conhecida como cuidados de beneficência) no Overlake Hospital Medical Center (OHMC) e/ou Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)

O Estado de Washington requer que todos os hospitais facultem assistência financeira a pessoas e famílias que cumpram determinados requisitos de rendimento. Pode qualificar-se para assistência gratuita ou a preços reduzidos com base na dimensão da sua família e rendimento, mesmo que tenha seguro de saúde. *A política de assistência financeira pode ser visualizada em www.overlakehospital.org/financialpolicies*

O que abrange a assistência financeira? A assistência financeira abrange serviços adequados prestados pelo OHMC e/ou OMC dependendo da sua elegibilidade. A assistência financeira poderá não cobrir todos os seus custos de cuidados de saúde, incluindo serviços prestados por outras organizações.

No caso de ter questões ou precisar de ajuda a preencher esta candidatura: Contacte, por telefone, o nosso Coordenador de Assistência Financeira através do 425-635-6239. Poderá obter ajuda por qualquer razão, incluindo deficiência ou assistência linguística.

Para a sua candidatura ser processada, deve:

- Facultar-nos informação sobre a sua família**
Preencher com o número de familiares no seu agregado familiar (família inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adopção que vivem juntos)
- Facultar-nos informação sobre o rendimento bruto mensal da sua família (rendimento antes de impostos e deduções)**
- Facultar informação sobre rendimento familiar**
- Anexar informação adicional, se necessário**
- Assinar e datar o formulário**

Nota: Não tem de facultar um número de Segurança Social para se candidatar a assistência financeira. Se nos facultar o seu número de Segurança Social, vai acelerar o processamento da sua candidatura. Os números de Segurança Social são utilizados para verificar informação que nos é facultada. No caso de não possuir um número de Segurança Social, marque "não aplicável" ou "NA".

Envie por correio ou faz a candidatura preenchida com toda a documentação para:

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
A/C: Patient Financial Services (Serviços Financeiros de Pacientes)

Pode utilizar o envelope de retorno em anexo.
Certifique-se de que guarda uma cópia para si.

Notificá-lo-emos sobre a determinação final de elegibilidade e direitos de recurso, se aplicável, no prazo de 14 dias consecutivos após recepção de uma candidatura de assistência financeira, incluindo a documentação de rendimentos.

Submetendo uma candidatura de assistência financeira, dá-nos o seu consentimento para efectuar as questões necessárias para confirmar obrigações e informações financeiras.

Queremos a sua ajuda. Submeta a sua candidatura de imediato!

Formulário de Candidatura a Assistência Financeira/Cuidados de Beneficência - confidencial

Preencha com toda a informação. Nos casos não aplicáveis, indique "NA". Anexe páginas adicionais, se necessário.

INFORMAÇÃO DE CONTROLO

Precisa de um intérprete? **Sim** **Não** *Se Sim, indique a língua preferida:*

O paciente candidatou-se a Medicaid? **Sim** **Não** *Pode ser necessário candidatar-se antes de ser considerado para assistência financeira*

O paciente actualmente é sem-abrigo? **Sim** **Não**

Os cuidados médicos ao paciente estão relacionados com um acidente de automóvel ou acidente de trabalho? **Sim** **Não**

NOTE

- Não podemos garantir-lhe que se qualifica para assistência financeira, mesmo que apresente a sua candidatura.
- Assim que enviar a sua candidatura, podemos verificar toda a informação e poderemos solicitar-lhe informação adicional ou comprovativo de rendimento.
- No prazo de 14 dias consecutivos após recebermos a sua candidatura preenchida e documentação, informamos se se qualifica para assistência.

INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE E REQUERENTE

Nome do paciente		Segundo nome do paciente		Apelido do paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro (especifique _____)		Data de nascimento		Número de Segurança Social (opcional*)	
Pessoa Responsável pelo Pagamento de Facturas		Relação com Paciente	Data de nascimento	Número de Segurança Social (opcional*)	
Endereço postal				Principais números de contacto	
Localidade		Estado	Código Postal	Endereço de e-mail:	
Situação profissional da pessoa responsável pelo pagamento de facturas <input type="checkbox"/> Empregada (data de contratação: _____) <input type="checkbox"/> Desempregada (há quanto tempo: _____) <input type="checkbox"/> Empregada por conta própria <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Reformada <input type="checkbox"/> Outra (_____)					

INFORMAÇÃO FAMILIAR

Liste os membros da família no seu agregado familiar, incluindo-se a si. "Família" inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adopção que vivem juntas.

DIMENSÃO DA FAMÍLIA _____

Anexe página adicional, se necessário

Nome	Data de Nascimento	Relação com Paciente	No caso de ter 18 anos ou mais: Nome de empregador(es) ou fonte de rendimento	No caso de ter 18 anos ou mais: Rendimento mensal bruto total (antes de impostos):	Também se candidata a assistência financeira?
					Sim / Não

					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não
Todos os rendimentos de membros da família adultos têm de ser divulgados. Fontes de rendimento incluem, por exemplo: - Salários - Subsídio de desemprego - Emprego por conta própria - Compensação de trabalhador - Deficiência - SSI - Apoio de filhos/esposo - Programas de trabalho-estudo (estudantes) - Pensão - Distribuição de contas reforma - Outra (<i>especifique</i> _____)					

Fomulário de Candidatura a Assistência Financeira/Cuidados de Beneficência - confidencial

INFORMAÇÃO SOBRE RENDIMENTOS

TENHA EM ATENÇÃO: Deve incluir comprovativo de rendimento com a sua candidatura.

Deve facultar informação sobre o rendimento da sua família. A verificação de rendimentos é necessária para determinar a assistência financeira.

Todos os membros da família com 18 anos ou mais devem divulgar o seu rendimento. No caso de não poder facultar documentação, pode submeter uma declaração escrita assinada a descrever o seu rendimento. Faculte comprovativo por cada fonte de rendimento identificada.

Exemplos de comprovativo de rendimento incluem:

- Um "W-2" com extracto; ou
- Canhotos de pagamentos actuais (3 meses); ou
- Declaração de impostos de rendimento do último ano, incluindo planos, se aplicável; ou
- Declarações escritas, assinadas de empregadores ou outros; ou
- Aprovação/recusa de elegibilidade para Medicaid ou/e assistência médica financiada pelo estado; ou
- Aprovação/recusa de elegibilidade para compensação por desemprego.

No caso de não ter comprovativo de rendimento ou não ter rendimento, anexe uma página adicional com explicação.

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Anexe uma página adicional se existir outra informação adicional sobre a sua situação financeira actual que gostaria que tivéssemos conhecimento, tais como dificuldades financeiras, rendimento sazonal ou temporário, ou perda pessoal.

ACORDO DO PACIENTE

Compreendo que o Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC pode verificar informação revendo informação de crédito e obtendo informação de outras fontes para assistência na determinação de elegibilidade para assistência financeira ou planos de pagamento.

Afirmo que a informação acima é verdadeira e correcta tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendo que se facultar informação que se comprovar ser falsa, o resultado será a recusa da assistência financeira, e serei responsabilizado(a) e espera-



se que pague pelos serviços prestados.

Assinatura da Pessoa que se Candidata

Data