



Programa de Assistência Financeira Hospitalar
 (Hospital Financial Assistance Program)
 P.O. Box 748733
 Atlanta, Georgia 30374
 Telefone: 470-245-9998

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

RESIDENTE DOS EUA: SIM NÃO

Número de registro médico (Medical Record Number, MRN): _____ Nome da instalação: _____

Nome do paciente: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____

FIADOR e CÔNJUGE
 Informações

Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a) Solteiro(a)

Nome do fiador: _____ CPF: _____ Relacionamento com o paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Endereço residencial: _____

Telefone: (____) _____ Outro telefone: (____) _____

Empregador 1: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Cargo: _____ Salário anual ou Pagamento por hora: _____ Trabalho em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Empregador 2: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Cargo: _____ Salário anual ou Pagamento por hora: _____ Trabalho em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Nome do cônjuge: _____ CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Empregador 1: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Cargo: _____ Salário anual ou Pagamento por hora: _____ Trabalho em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Empregador 2: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Cargo: _____ Salário anual ou Pagamento por hora: _____ Trabalho em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Dependentes legais (liste apenas os dependentes que podem ser declarados em seu formulário de imposto de renda federal)

Nome (primeiro, do meio, sobrenome)	Data de nascimento (dd/mm/aa)	Relacionamento	
	/ /		Você se candidatou ao Medicaid? Sim _____ Não _____
	/ /		
	/ /		Você está qualificado para o Cobra? Sim _____ Não _____
	/ /		

Ativos e outras fontes de renda

Saldo em conta corrente: \$ _____ Nome do banco: _____ Saldo da poupança: \$ _____ Nome do banco: _____

Saldo de aplicações financeiras: \$ _____ Nome do banco: _____ Previdência Social: \$ _____ Pensão mensal: \$ _____

Pensão alimentícia: \$ _____ Pensão alimentícia para filhos: \$ _____ CDs: _____

Outros ativos, ou seja, ações, títulos etc: Tipo: _____ Valor: (\$) _____

Você recebe reembolsos de empréstimos estudantis? Sim ou Não (circule um) Valor dos reembolsos estudantis: \$ _____

Você entrou com pedido de falência nos últimos 3 anos? Sim ou Não (circule um) Se sim, forneça a data: ____ / ____ / ____

Você possui algum imóvel para aluguel? Sim ou Não (circule um) Se sim, qual é a renda mensal? \$ _____ Valor da propriedade: \$ _____

O Wellstar Health System tem o compromisso de fornecer assistência financeira a pacientes que tenham procurado atendimento médico necessário nos hospitais Wellstar, mas que tenham meios limitados ou não tenham condições de pagar por esse atendimento. A Wellstar fornecerá atendimento médico de emergência a todos os indivíduos, independentemente de sua capacidade de pagamento ou elegibilidade para o seu Programa de Assistência Financeira.

Para se qualificar para assistência financeira para o hospital Wellstar, é necessário cooperar com a Wellstar na identificação e determinação de fontes alternativas de pagamento ou cobertura de programas de pagamento públicos e privados. Para se qualificar para assistência financeira, é necessário o seguinte:

Informações para solicitação:

Envie uma solicitação verdadeira, precisa, assinada e preenchida para assistência financeira; e todos os candidatos à Assistência Financeira devem comprovar a renda familiar e os bens da família fornecendo os seguintes itens aplicáveis:

Formulário 1040 mais recente do Receita Federal (Internal Revenue Service, IRS) E IRS W-2/1099 (se aplicável) emitido durante o ano passado para corresponder ao Formulário 1040 do IRS

Forneça os seguintes documentos com base na situação financeira ATUAL:

- Forneça três (3) meses dos contracheques mais recentes ou uma declaração do empregador comprovando o salário bruto E os dois (2) meses mais recentes de extratos bancários de cada conta corrente, poupança, aplicações financeiras ou outra conta bancária ou de investimento da família. Todas as páginas, inclusive as em branco. OU
- Formulário 1040 mais recente do IRS E IRS W-2/1099 (se aplicável) emitido durante o ano passado para corresponder ao Formulário 1040 do IRS

Documentação adicional (se aplicável)

- Declarações por escrito dos dois (2) meses mais recentes para todas as outras rendas (por exemplo, seguro-desemprego, invalidez, aposentadoria, empréstimos estudantis, carta de concessão do Social Security Office, relatório atual de lucros e perdas para todos os candidatos autônomos, documentação de pensão alimentícia ordenada pelo tribunal, documentação de pensão alimentícia ordenada pelo tribunal ou Declaração de Atividade do Cartão de Benefícios (Benefit Card Activity Statement, TANF) etc. para a família)
- Se estiver desempregado há menos de 3 meses - Notificação de desligamento do empregador anterior
- Se estiver desempregado há mais de 3 meses - investigação salarial (Department of Labor)
- Carta de negação do seguro-desemprego
- Documentação de valores de ativos, incluindo, entre outros, declarações de imposto predial, certificados de depósito e outras declarações de investimento
- Declarações de contribuição de indivíduos que contribuem com renda ou assistência em espécie para o paciente.
- Não são permitidas alterações ou rasuras nos documentos.

Essas informações devem ser recebidas dentro de 30 dias para que possamos processar sua solicitação. As contas qualificadas para a Financial Assistance Review de acordo com o Financial Assistance Program do Wellstar Health System devem ter solicitações completas enviadas dentro de 240 dias a partir da data do primeiro extrato de faturamento pós-alta. A Wellstar reserva-se o direito de não processar sua conta para o Financial Assistance Program, caso não esteja em conformidade. Você pode entrar em contato com a Wellstar em caso de dúvidas ou para obter assistência com esta solicitação pelo endereço:

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, Número do fax: 770-792-1737 ou número do telefone: 470-245-9998

Comentários:

Por meio deste, solicito que a Wellstar determine minha elegibilidade para seu Financial Assistance Program. Entendo que as informações que envio sobre minha renda anual e o tamanho de minha família devem ser verificadas. Entendo também que, se as informações que eu enviar forem consideradas falsas, tal determinação resultará na negação da elegibilidade para Assistência Financeira. Concordo ainda em cumprir o processo de solicitação e triagem para qualquer assistência (ou seja, Medicaid, Medicare, State Aid (para câncer), Vocational Rehab, Insurance etc.) que possa estar disponível para o pagamento das cobranças da minha conta Wellstar. Cooperarei totalmente na tomada de quaisquer ações que possam ser consideradas necessárias para obter tal assistência e cederei ou pagarei à Wellstar o valor recuperado pelos encargos da Wellstar. Concordo em pagar quaisquer saldos remanescentes após o ajuste do Financial Assistance Program. Se isso não for feito, os descontos do Financial Assistance Program poderão ser revertidos. Uma Solicitação para o Financial Assistance Program preenchida é aplicável por fiador.

Afirmo que as informações acima são verdadeiras e corretas, até onde é do meu conhecimento.

Assinatura do fiador: _____ Data: _____

Cenários e documentos adicionais aceitáveis no lugar dos documentos solicitados:

- Se a renda do ano atual for menor do que a renda na declaração de imposto de renda, forneça dois meses de extratos bancários (sem omitir páginas) e três meses de contracheques em vez da declaração de imposto de renda

Forneça duas das seguintes opções se não puder fornecer uma cópia da Declaração de Imposto de Renda Federal mais recente, incluindo todos os W-2, 1099 e todas as tabelas:

- Forneça três (3) meses dos contracheques mais recentes (ou certificado de desemprego) E forneça dois (2) extratos bancários atuais de todas as contas correntes, poupança e aplicações financeiras (nenhuma página omitida).
 - Se houver depósitos adicionais na conta bancária, precisaremos de documentação comprobatória para esses depósitos.
 - Para dinheiro doado ou emprestado, uma carta da pessoa que doou a quantia ou do credor.
 - Para herança, a carta de inventário que comprova o valor.
 - Para Conta Individual de Aposentadoria (Individual Retirement Account, IRA), 401k ou outras distribuições de aposentadoria, ou vendas de ações/obrigações, um extrato da conta para verificar o valor distribuído.
 - Para empréstimos de seguro de vida, um extrato dessa conta mostrando a distribuição.
 - Para a venda de um carro, uma cópia da nota fiscal.
 - Para pensão alimentícia, uma cópia da sentença de divórcio mostrando a pensão alimentícia solicitada.
 - Para um emprego que não forneça contracheques, uma carta do empregador (mesmo que seja um amigo ou membro da família) informando o valor do salário e a frequência do pagamento.
 - Se você não teve renda nos últimos 3 meses, uma carta de apoio da pessoa que o está ajudando, bem como uma Wage Inquiry do Department of Labor, se você tiver um número de seguro social.
- Outras situações:
 - O paciente é um pai ou mãe que mora com os filhos e os filhos estão declarando o pai ou a mãe em sua declaração de imposto de renda.
 - Forneça seus extratos bancários, recibos de pagamento do emprego e carta de apoio.
 - O paciente é um sem-teto.
 - Forneça a Wage Inquiry ou
 - Se o seu pagamento for em dinheiro, precisaremos da sua declaração de renda e de uma carta de apoio da pessoa com quem você está morando.
 - O paciente/candidato tem menos de 21 anos de idade e está listado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa.
 - Forneça a declaração de imposto de renda, W-2, 1099, incluindo todas as tabelas de seus pais.
 - Se os pais não declararam impostos, forneça os extratos bancários e contracheques deles.