



Sistema de Saúde WellStar
Solicitação de Assistência Financeira Hospitalar

Data de revisão: 21/06/2016

LD-24-01-IA4M Portuguese Brazil Rev 6/16

P.O Box 670747
 Marietta, Georgia 30066
 Telefone: 770-792-1791

INFORMAÇÕES DO PACIENTE Residente nos EUA Sim Não

Número da conta: _____ Corporativa: _____
 Nome: _____ Nº do seguro social: _____ Data de nascimento: _____

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO FIADOR E AO CÔNJUGE Casado Divorciado Separado Viúvo

Nome: _____ Nº do seguro social: _____ Parentesco com o paciente: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Endereço residencial: _____

Telefone: () _____ Outro telefone: () _____

Empregador: _____ Endereço: _____

Telefone comercial: _____ Cargo: _____ Remuneração anual ou horária: _____ Trabalho em tempo integral ou parcial (Circule uma opção)

Nome do cônjuge: _____ Nº do seguro social: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Empregador: _____ Endereço: _____

Telefone comercial: _____ Cargo: _____ Remuneração anual ou horária: _____ Trabalho em tempo integral ou parcial (Circule uma opção)

Dependentes legais (Cite apenas os dependentes que podem ser incluídos em sua declaração de imposto federal)

Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	Data de nascimento (dd/mm/aaaa)	Parentesco
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Candidatou-se ao Medicaid?
 Sim Não

É elegível para o Cobra?
 Sim Não

Ativos e outras fontes de renda

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

Pensão mensal US\$ _____ Seguro social: US\$ _____ Conta de aposentadoria individual (IRA) US\$ _____ CDB US\$ _____ Pensão alimentícia para filhos US\$ _____

Recebe Reembolso de Crédito Educativo? Sim ou Não (Circule uma das opções) Reembolso US\$ _____

Pensão alimentícia para dependentes US\$ _____ Proprietário de terras: Sim ou Não (Circule uma das opções) Valor US\$ _____ Outros ativos (ações, títulos, plano de aposentadoria) US\$ _____

É proprietário de imóvel alugado? Sim ou Não (Circule uma das opções) Em caso afirmativo, qual é a renda mensal: US\$ _____ Qual é o valor do imóvel? US\$ _____

Declarou falência nos últimos 3 anos? Sim ou Não (Circule uma das opções) Em caso afirmativo, indique a data: ____/____/____

Possui ações ou títulos? Sim ou Não (Circule uma das opções) Em caso afirmativo, qual o valor? US\$ _____

O Sistema de Saúde WellStar compromete-se em fornecer assistência financeira aos pacientes que buscaram cuidados médicos necessários nos Hospitais WellStar, mas possuem recursos limitados ou não podem pagar pelos cuidados. A WellStar fornecerá cuidados médicos de emergência a todos os indivíduos, independentemente de sua capacidade de pagamento ou elegibilidade no âmbito do Programa de Assistência Financeira.

Para se candidatar à assistência financeira do Hospital WellStar, é necessário cooperar com a WellStar na identificação e determinação de fontes alternativas de pagamento ou cobertura a partir de programas de pagamento públicos e privados. Para se candidatar à assistência financeira, é necessário:

Informações referentes à solicitação:

- Enviar uma solicitação de assistência financeira verdadeira, exata, assinada e completa; e**
- Todos os candidatos à Assistência Financeira deverão comprovar os rendimentos e bens do agregado familiar, fornecendo todos ou parte dos seguintes documentos aplicáveis:**

Forneça todos ou parte dos seguintes documentos, caso não possa fornecer uma cópia da Declaração de Imposto de Renda mais recente:

- Forneça os contracheques dos três (3) meses mais recentes ou uma declaração do empregador contendo o salário bruto; ou
- W-2 da Receita Federal do último ano; ou
- Formulário 1040 mais recente da Receita Federal; ou
- Extrato bancário dos dois (2) meses mais recentes para cada conta corrente, poupança, mercado monetário ou outra conta bancária ou de investimento; ou
- Extratos impressos dos dois (2) meses mais recentes referentes a todas as demais rendas (ex.: seguro desemprego, invalidez, aposentadoria, créditos educativos, carta de concessão de benefícios do Serviço de Segurança Social, relatório atual de demonstração de resultados para todos os candidatos autônomos, documentação de pensão alimentícia para dependentes - filhos ou cônjuge, etc.); ou
- Carta de recusa de seguro desemprego; ou
- Documentação de valores patrimoniais, incluindo, entre outros, demonstrativos de impostos sobre propriedade imobiliária, Certificado de Depósito, 401k, 403b, conta de aposentadoria individual (IRA) e outros demonstrativos de investimentos; ou
- Comprovantes de contribuição dos indivíduos que fornecem assistência financeira ou em espécie ao paciente

Essas informações deverão ser fornecidas para que sua solicitação seja processada. Caso não forneça as informações acima no prazo de 240 dias a partir da data da primeira fatura após a alta do paciente, a WellStar reserva-se o direito de não processar sua conta para aprovação no Programa de Assistência Financeira. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda com esta solicitação, entre em contato com a WellStar no endereço:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 ou pelo telefone: 678-838-5750.

Comentários:

Solicito que a WellStar avalie minha elegibilidade para o Programa de Assistência Financeira. Estou ciente de que as informações que forneci referentes à minha renda anual e ao tamanho de minha família deverão ser verificadas. Também estou ciente de que as informações que forneci poderão ser consideradas falsas, e tal constatação resultará em recusa de elegibilidade para Assistência Financeira. Além disso, também concordo em solicitar qualquer assistência (ex.: Medicaid, Medicare, Auxílio Estatal (para câncer), Reabilitação Profissional, Seguro, etc.) que possa estar disponível para pagamento dos encargos de minha conta WellStar. Cooperarei plenamente no empreendimento das ações necessárias para obter tal assistência, e atribuirei ou pagarei à WellStar os valores cobrados para cobrir os custos da WellStar. Concordo em pagar todos os saldos remanescentes após a realização do ajuste do Programa de Assistência Financeira. Qualquer omissão de minha parte poderá resultar na anulação de todos os descontos do Programa de Assistência Financeira. Cada fiador deverá enviar uma solicitação completa ao Programa de Assistência Financeira.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e corretas até o limite de meu conhecimento.

Assinatura do fiador: _____ **Data:** _____
