

Candidatura a Assistência Financeira dos Hospitais da NYU

PROCESSO DE CANDIDATURA A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA:

1. Preencha o formulário em anexo na sua totalidade
2. Devolva o formulário preenchido dentro de 30 dias para:

NYU Hospitals Center
Financial Counseling Services
560 First Avenue, SK-109
New York, NY 10016

3. Depois de todos os itens serem recebidos, a sua candidatura será analisada e será notificado por escrito sobre a nossa decisão dentro de 30 dias

IMPORTANTE:

- Esta candidatura a assistência financeira é apenas para Despesas Hospitalares e não cobre despesas médicas ou outras despesas com profissionais
- Quarto privado ou outros encargos com itens pessoais não são cobertos pelo Programa de Assistência Financeira
- As despesas com procedimentos estéticos não são cobertas pelo Programa de Assistência Financeira
- Serviços eletivos cobertos pelo seguro e não aceites pelo Centro Hospitalar da NYU não são cobertos pelo Programa de Assistência Financeira

Se tiver alguma dúvida, não hesite em entrar em contacto connosco pelo telefone (866)486-9847.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Serviços de Aconselhamento Financeiro

**NÃO TEM DE FAZER QUALQUER PAGAMENTO AO HOSPITAL ATÉ O HOSPITAL LHE ENVIAR
UMA CARTA COM A DECISÃO SOBRE A SUA CANDIDATURA**

Unidade _____

N.º de Conta _____

N.º de Receita Médica _____

Candidatura a Assistência Financeira
(Anexo A)

Tipo de Doente _____

Montante de W/O US\$ _____

Método de Cálculo _____

I. Dados Demográficos do Doente

Nome do Doente: _____
(Apelido) (Nome) (2.º Nome) (N.º da SS - **NÃO EXIGIDO**) (Data de Nascimento)

Nome do Fiador: _____
(Apelido) (Nome) (2.º Nome) (N.º da Seg. Social - **NÃO EXIGIDO**) (Data de Nascimento)

Morada: _____
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone de casa: _____ Telefone do trabalho: _____ Telemóvel: _____

II. Informação do Agregado Familiar

Estado Civil do Doente: (Assinale uma opção)	Casado	Solteir o	Separado	Número total de membros do agregado familiar:
--	---------------	----------------------	-----------------	--

Nome(s) do cônjuge e dependentes: (Anexar folha separada para dependentes adicionais)	Data de Nascimento	Número da Segurança Social (NÃO EXIGIDO)

III. Situação Profissional Atual

Nome do Funcionário (Doente, Fiador, Cônjuge ou Dependente):	Nome e Morada do Empregador e Datas de Emprego
	Data de Contratação:
	Data de Contratação:
	Data de Contratação:

IV. Informações sobre o seguro (Anexe folhas separadas para informações adicionais sobre o seguro)

Está abrangido ou está a candidatar-se a algum seguro de saúde? (Incluindo Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus ou Healthy NY)?	SIM	NÃO
Se sim, explique: (inclua o nome, morada e número de telefone da seguradora, número de apólice/grupo e informação sobre o segurado)		

V. Outras informações

O tratamento resulta de um acidente ou lesão?	SIM	NÃO
Se sim, data do acidente:		
Breve descrição do acidente:		
Rua, Cidade e Estado do acidente:		
Estará envolvido um seguro de responsabilidade ou residencial?		

**NÃO TEM DE FAZER QUALQUER PAGAMENTO AO HOSPITAL ATÉ O HOSPITAL LHE ENVIAR
UMA CARTA COM A DECISÃO SOBRE A SUA CANDIDATURA**

Candidatura a Assistência Financeira

(Anexo B)

VI. Declaração Financeira

Inserir totais de Doente, Fiador, Cônjuge e Dependentes: (Adicionar folhas adicionais, se necessário)

<u>RENDIMENTO MENSAL:</u>	<u>VALOR:</u>
Salários Brutos, Remunerações, Gorjetas	US\$
Segurança Social	US\$
Deficiência	US\$
Desemprego	US\$
Abono de Família	US\$
Pensão de Alimentos	US\$
Receita de Arrendamento	US\$
Receita Imobiliária	US\$
Pensão	US\$
Dividendos/Juros	US\$
Outras Receitas (Especifique):	
	US\$
	US\$
	US\$

CERTIFICAÇÃO

Certifico que as informações acima são verdadeiras e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. Tenho conhecimento de que informação fraudulenta e incorreta tornar-me-á não elegível para qualquer assistência financeira. Autorizo a divulgação de qualquer informação necessária para verificar a informação facultada e para faturação e cobranças em conformidade com as leis federais e estatais aplicáveis. Adicionalmente, vou candidatar-me a toda a assistência (Medicaid, Medicare, Seguro, etc.) que seja disponibilizada para pagamento dos meus encargos hospitalares e farei todos os passos considerados necessários para obter essa assistência e indicarei ou pagarei ao hospital o valor recuperado respeitante a despesas hospitalares.

Compreendo que esta candidatura é feita para que o hospital possa determinar a minha elegibilidade para Assistência Financeira com base nos critérios estabelecidos pelo hospital.

Além disso, concordo em fornecer informações adicionais, conforme solicitado, a fim de determinar a elegibilidade. Concordo em informar os Hospitais da NYU de qualquer alteração que possa ocorrer em relação às minhas necessidades, elegibilidade em seguros, rendimento, propriedade, alojamento e morada.

Assinatura do Candidato: _____ Data _____

Assinatura do Entrevistador: _____ Data _____

**NÃO TEM DE FAZER QUALQUER PAGAMENTO AO HOSPITAL ATÉ O HOSPITAL LHE ENVIAR
UMA CARTA COM A DECISÃO SOBRE A SUA CANDIDATURA**