

Formulário Padrão de Assistência Financeira do NYS Uniform Hospital

Você pode ter direito a assistência financeira hospitalar para pagar suas contas se não tiver seguro, se seu seguro tiver sido totalmente utilizado ou se tiver plano de saúde, mas puder comprovar despesas médicas pagas que ultrapassem 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início ao seu pedido de assistência financeira hospitalar. Este formulário é utilizado por todos os hospitais do Estado de Nova York.

Este formulário deve ser impresso nos principais¹ idiomas falados pelos pacientes atendidos pelo hospital.

Nome do Paciente (preencha as informações aplicáveis)

Nome do Paciente (Nome, Nome do Meio, Sobrenome)		
Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço:	Número do Apartamento/Unidade	
Cidade	Estado	CEP
Número do telefone de contato:		
Nome do Pai/Mãe/Responsável ou Representante Legal (se o paciente for uma criança menor de idade ou um adulto incapaz)		
Endereço de E-mail (se houver)		

Informações da Família:

Por favor, liste abaixo todos os membros da sua família que residem com você. Sua residência inclui você, seu cônjuge ou companheiro(a), e quaisquer filhos ou outros dependentes. Por exemplo, isso incluiria todas as pessoas mencionadas na mesma declaração de imposto de renda.

Renda bruta significa sua renda **antes** da dedução dos impostos.

A renda bruta pode ser composta por rendimentos do trabalho (salários, ordenados, gorjetas, rendimentos de trabalho autônomo), renda não derivada do trabalho (seguro social, benefícios por invalidez e desemprego), contribuições (fundos de familiares ou amigos) e outras fontes de renda (assistência temporária e renda suplementar de segurança).

Nome Completo	Parentesco	Renda Bruta Total (Atualmente)
	O próprio	

¹ "Idiomas principais" inclui qualquer idioma utilizado em pelo menos 5% das visitas de pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população da área de serviço principal do hospital, conforme os dados demográficos disponíveis no Departamento de Censo dos Estados Unidos, complementados por informações de sistemas escolares.

O hospital pode solicitar que você envie documentos como comprovação de renda; exemplos de documentos incluem um contra-cheque, uma carta do seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.

Situação do Seguro de Saúde

Você possui algum tipo de seguro de saúde, incluindo Medicaid, Medicare ou seguro privado através do seu empregador ou adquirido por conta própria?

Sim Não

Se você respondeu 'Não', gostaria de receber assistência para se inscrever em algum desses programas?

Sim Não

Pacientes com seguro insuficiente: pessoas com seguro de saúde e despesas médicas elevadas. Se você tem seguro, por favor, forneça uma estimativa das contas médicas que você pagou nos últimos 12 meses

\$

O hospital pode solicitar que você envie documentação como comprovante das despesas médicas pagas.

Paciente/Responsável: Caso não seja o paciente, informe o nome da pessoa que está assinando o formulário e a sua autoridade para assinar em nome do paciente (por exemplo, cônjuge, pai/mãe, representante legal).

Eu comprehendo que as informações que eu fornecer podem estar sujeitas a verificação por fontes externas. Certifico que as informações fornecidas são verdadeiras e completas, até onde sei.

Nome por extenso:	Data
Parentesco com o paciente	
Assinatura	