

**Apenas para uso administrativo**Local **Long Island Community**

Conta nº \_\_\_\_\_

Rec.Med nº \_\_\_\_\_

**Apenas para uso administrativo**

Tipo de paciente \_\_\_\_\_

Valor de W/O \$ \_\_\_\_\_

Método de cálculo \_\_\_\_\_

**Pedido de Assistência Financeira**

(Anexo A)

**I. Dados do paciente**Nome do paciente: \_\_\_\_\_ (último) \_\_\_\_\_ (primeiro) \_\_\_\_\_ (do meio) (SSN – **NÃO É NECESSÁRIO**) (DOB)Nome do fiador: \_\_\_\_\_ (último) \_\_\_\_\_ (primeiro) \_\_\_\_\_ (do meio) (SSN – **NÃO É NECESSÁRIO**) (DOB)

Endereço: \_\_\_\_\_ (Rua) \_\_\_\_\_ (Cidade) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

**II. Informações familiares**

<b>Estado civil do(a) paciente:</b> <i>(Circule um)</i>	<b>Casado(a)</b>	<b>Solteiro(a)</b>	<b>Separado(a)</b>	<b>Número total de familiares na residência:</b>
---	------------------	--------------------	--------------------	--

<b>Nomes do(a) cônjuge e dos dependentes:</b> <i>(Adicione uma folha separada para cada dependente adicional)</i>	<b>Data de nascimento</b>	<b>Nº previdência social (NÃO É NECESSÁRIO)</b>

**III. Informações sobre emprego atual**

<b>Nome do funcionário (Paciente, fiador, cônjuge ou dependente):</b>	<b>Nome e endereço do empregador, datas de emprego</b>
	<i>Data da contratação:</i>
	<i>Data da contratação:</i>
	<i>Data da contratação:</i>

**IV. Informações de seguro (Adicione folhas separadas para cada informação de seguro)**

<b>Você possui cobertura ou está solicitando qualquer seguro de saúde (incluindo Medicaid e planos de saúde do estado de Nova York)?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Se sim, explique:</b> <i>(inclua nome, endereço e número de telefone da empresa de seguros, número do grupo/política e informações do solicitante)</i>		

**V. Outras informações**

<b>O tratamento é resultado de um acidente ou lesão?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Se sim, data do acidente:</b>		
<b>Breve descrição do acidente:</b>		
<b>Rua, cidade e estado do acidente:</b>		
<b>Algum seguro de responsabilidade ou de proprietário residencial está envolvido?</b>		

**VOCÊ NÃO PRECISA FAZER NENHUM PAGAMENTO PARA O HOSPITAL ATÉ QUE O HOSPITAL LHE ENVIE UMA CARTA COM A DECISÃO DE SUA SOLICITAÇÃO**

## Pedido de Assistência Financeira

(Anexo B)

### VI. Declaração financeira

Insira o valor total para Paciente, Fiador, Cônjuge e Dependentes:

(Adicione folhas adicionais se necessário)

RENDA MENSAL:	VALOR:
Recebimentos brutos, salários, gorjetas	\$
Previdência social	\$
Deficiência	\$
Desemprego	\$
Suporte à criança	\$
Pensão alimentícia/manutenção	\$
Renda do aluguel	\$
Renda da propriedade	\$
Pensão	\$
Dividendos/Juros	\$
Outra renda (Especificar):	
	\$
	\$
	\$

### CERTIFICAÇÃO

Eu certifico que, pelo meu conhecimento, as informações acima são verdadeiras e precisas. Eu entendo que informações fraudulentas ou enganosas me farão inelegível para qualquer Assistência Financeira. Eu autorizo a liberação de qualquer informação necessária para verificar as informações fornecidas e para faturamento e arrecadações em conformidade com as leis estaduais e federais aplicáveis. Além disso, eu solicitarei qualquer assistência (Medicaid, Medicare, Seguro etc.) que possa estar disponível para o pagamento das cobranças do meu hospital, e eu tomarei qualquer medida razoavelmente necessária para obter tal assistência e atribuirei ou pagarei para o hospital a quantia recuperada para as cobranças do hospital.

Eu entendo que esta solicitação é feita para que o hospital possa determinar minha elegibilidade para Assistência Financeira com base nos critérios estabelecidos e registrados no hospital.

Além disso, eu concordo em fornecer informações adicionais como solicitado visando determinar a elegibilidade. Eu concordo em informar o Long Island Community Hospital sobre qualquer mudança relacionada às minhas necessidades, elegibilidade de seguro, renda, propriedade, acordos de moradia ou endereço que possa ocorrer.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**VOCÊ NÃO PRECISA FAZER NENHUM PAGAMENTO PARA O HOSPITAL ATÉ QUE O HOSPITAL LHE ENVIE UMA CARTA COM A DECISÃO DE SUA SOLICITAÇÃO**

# Long Island Community Hospital

Solicitação da Assistência Financeira do Long Island Community Hospital anexa:

## PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA:

1. Preencha totalmente a solicitação em anexo
2. Devolva a solicitação preenchida dentro de 30 dias para:

Long Island Community Hospital  
101 Hospital Road  
Patchogue, NY, 11772  
A/C: Aconselhamento financeiro

3. Depois que todos os itens forem recebidos sua solicitação será avaliada e você será notificado(a) por escrito sobre a determinação dentro de 30 dias

### **IMPORTANTE**

- Esta solicitação para Assistência Financeira é para cobranças hospitalares e não cobre tarifas de médicos ou outros profissionais
- Cobranças para quarto privado ou outro item pessoal não são cobertas pelo Programa de Assistência Financeira
- Atendimentos eletivos cobertos por seguro e não aceitos pelo Long Island Community Hospital não são cobertos pelo Programa de Assistência Financeira

Se você tiver alguma dúvida não hesite em nos contatar pelo número (631) 687-4653

Atenciosamente,

Aconselhamento financeiro

**VOCÊ NÃO PRECISA FAZER NENHUM PAGAMENTO PARA O HOSPITAL ATÉ QUE O HOSPITAL LHE ENVIE UMA CARTA COM A DECISÃO DE SUA SOLICITAÇÃO**