

Community Hospital of San Bernardino Instruções do Formulário de Pedido de Assistência Financeira

Este é um pedido de assistência financeira em uma instalação *de saúde CommonSpirit*.

CommonSpirit fornece assistência financeira a pessoas e famílias que atendem a determinados requisitos de renda. Você pode se qualificar para cuidados gratuitos ou cuidados com desconto com base no tamanho e na renda da sua família, mesmo que tenha seguro de saúde. Assistência é fornecida para aqueles pacientes cuja renda familiar é inferior a 500% das Diretrizes Federais de Nível de Pobreza. Informações sobre as Diretrizes Federais de Nível de Pobreza podem ser encontradas em <http://aspe.hs.gov/poverty-guidelines>.

O que cobre a assistência financeira? A assistência financeira hospitalar cobre os serviços hospitalares apropriados fornecidos pela CommonSpirit Health, dependendo da sua elegibilidade. A assistência financeira pode não cobrir todos os custos de cuidados de saúde, incluindo serviços prestados por outras organizações.

Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda para preencher este formulário: Você pode obter ajuda por qualquer motivo, incluindo deficiência e assistência linguística em: 909-806-1317.

Para que seu pedido seja processado, você deve:

- Forneça informações sobre sua família**
- Forneça informações sobre a renda mensal bruta de sua família (renda antes de impostos e deduções)**
- Fornecer documentação para renda familiar**
- Fornecer documentação para os bens da família**
- Anexe informações adicionais, se necessário**
- Assinar e datar o formulário**

Observação: Você não precisa fornecer um número do Seguro Social para solicitar assistência financeira. Se nos fornecer o seu número do Seguro Social, isso ajudará a acelerar o processamento do seu pedido. Os números do Seguro Social são usados para verificar as informações que nos foram fornecidas. Se você não tiver um número do Seguro Social, marque “não aplicável” ou “NA”.

Solicitação preenchida por correio ou fax com toda a documentação para: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412. Fax: 909-887-4164. Certifique-se de manter uma cópia para si mesmo.

Para enviar seu pedido preenchido pessoalmente: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA, 92411

Notificaremos você sobre a determinação final dos direitos de elegibilidade e recurso, se aplicável, dentro de 30 dias corridos do recebimento de um pedido completo de assistência financeira, incluindo documentação de renda.

Ao enviar um pedido de assistência financeira, você dá seu consentimento para que façamos as consultas necessárias para confirmar obrigações e informações financeiras.

Queremos ajudar. Por favor, envie seu pedido imediatamente!

Você pode receber contas até recebermos suas informações.

**Community Hospital of San Bernardino
Formulário de Pedido de Assistência Financeira – Confidencial**

Preencha todas as informações completamente. Se não for aplicável, escreva "NA". Anexe páginas adicionais, se necessário.

INFORMAÇÕES DA TRIAGEM

Você precisa de um intérprete? **Sim** **Não** *Se Sim, liste o idioma preferido:*

O paciente solicitou Medicaid? **Sim** **Não** *Pode ser necessário solicitar antes de ser considerado para assistência financeira*

O paciente recebe serviços públicos estaduais, como cupons de alimentação ou WIC (Mulheres, Bebês e Crianças)? **Sim** **Não**

O paciente está atualmente desabrigado? **Sim** **Não**

Os cuidados médicos do paciente estão relacionados a um acidente de carro ou lesão no trabalho? **Sim** **Não**

Lista de hospitais Dignity Health ou CommonSpirit Health onde você foi tratado:

OBSERVE QUE

- Não podemos garantir que você se qualificará para assistência financeira, mesmo se você solicitar.
- Depois de enviar seu pedido, podemos verificar todas as informações e solicitar informações adicionais ou comprovantes de renda.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DO REQUERENTE

Nome do paciente		Nome do meio do paciente		Sobrenome do paciente	
Data de nascimento		Números de conta do paciente:		Número do Seguro Social do paciente (opcional*)	
Pessoa responsável pelo pagamento da conta		Relação com o paciente	Data de nascimento	Número do Seguro Social (opcional*)	
Endereço para correspondência				Principais números de contato () _____ () _____ Endereço de e-mail:	

Cidade	Estado	CEP
--------	--------	-----

Situação profissional da pessoa responsável pelo pagamento da fatura

Empregado (data de contratação: _____) **Desempregado** (quanto tempo desempregado: _____)

Autônomo (_____) **Estudante** **Deficiente** **Aposentado** **Outro**

INFORMAÇÕES FAMILIARES

Liste os membros da família em sua casa, incluindo você. A "Família" de um paciente inclui:

- Para pessoas com 18 anos de idade ou mais – cônjuge, parceiro doméstico e filhos dependentes com menos de 21 anos de idade, residentes em casa ou não.
- Para pessoas com menos de 18 anos de idade – pais, parentes cuidadores e outros filhos com menos de 21 anos de idade do pai ou parente cuidador.

TAMANHO DA FAMÍLIA _____

Anexar página adicional, se necessário

Nome	Data de nascimento	Relação com o paciente	Se tiver 18 anos de idade ou mais: Nome dos empregadores ou fonte de renda	Se tiver 18 anos de idade ou mais: Renda mensal bruta total (antes dos impostos):	Solicitando também assistência financeira?
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não

A renda de todos os membros adultos da família deve ser divulgada. As fontes de renda incluem, por exemplo:

- Salários - Desemprego - Trabalho por conta própria - Remuneração do trabalhador - Incapacidade - SSI
- Pensão alimentícia para filhos/cônjuges - Programas de estudo de trabalho (estudantes) - Pensão - Distribuição de contas de aposentadoria
- Outro (*identifique: _____*)

Community Hospital of San Bernardino**Formulário de Pedido de Assistência Financeira – Confidencial****INFORMAÇÃO DE RENDA**

LEMBRE: *Você deve incluir o comprovante de renda no seu pedido.*

Você deve fornecer informações sobre a renda de sua família. A verificação de renda é necessária para determinar a assistência financeira.

Todos os membros da família com 18 anos de idade ou mais devem divulgar sua renda. Forneça provas para cada fonte de renda identificada.

Exemplos de prova de renda incluem:

- Declaração de imposto de renda do ano passado, incluindo cronogramas, se aplicável; ou
- Uma declaração de retenção "W-2"; ou
- Recibos de pagamento atuais (3 meses); ou
- Declarações escritas assinadas de empregadores ou outros; E
- Aprovação/negação da elegibilidade para Medicaid e/ou assistência médica financiada pelo Estado; ou
- Aprovação/negação da elegibilidade para compensação de desemprego.

Se você não tiver nenhum comprovante de renda ou nenhuma renda, anexe uma página adicional com uma declaração assinada explicando como você suporta as despesas básicas de vida (como moradia, alimentação e serviços públicos).

INFORMAÇÕES DE ATIVOS

LEMBRE: *Você deve incluir a prova de ativos em seu pedido.*

Você deve fornecer informações sobre todos os ativos de propriedade de qualquer membro da família. A verificação de ativos é necessária para determinar a assistência financeira.

Todos os membros da família com 18 anos de idade ou mais devem divulgar seus recursos financeiros disponíveis. Forneça provas para cada fonte de ativos identificada Exemplos de provas de renda incluem:

- Extratos bancários atuais (mostrando os últimos 3 meses)
 - Contas correntes
 - Poupanças
- Investimentos, incluindo ações e obrigações
- Fundos fiduciários
- Contas do mercado monetário
- Fundos mútuos
- Outros fundos de investimento que não incorrerão em penalidade se os fundos forem retirados.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Anexe uma página adicional se houver outras informações sobre sua situação financeira atual que você gostaria que soubéssemos, como dificuldades financeiras, despesas médicas excessivas, renda sazonal ou temporária ou perda pessoal.

ACORDO DO PACIENTE

Entendo que a CommonSpirit Health pode verificar informações revisando informações de crédito e obtendo informações de outras fontes para ajudar na determinação da elegibilidade para assistência financeira ou planos de pagamento.

- Eu certifico que as informações que forneci são precisas e verdadeiras no melhor do meu conhecimento.
- Eu independentemente ou com a assistência do pessoal do hospital solicitarei TODA e QUALQUER Assistência que pode estar disponível através de fontes do governo federal, estadual ou local para ajudar a pagar a conta de saúde.
- Entendo que se eu não cooperar com a CommonSpirit Health no fornecimento das informações solicitadas, minha solicitação poderá ser negada.
- Entendo que as informações que eu envio estão sujeitas à verificação pelo CommonSpirit Health, incluindo agências de relatórios de crédito e sujeito à análise por agências federais e/ou estatais, além de outras, conforme a necessidade.
- Entendo que informações adicionais podem ser solicitadas para se qualificar para assistência.

Se você receber o pagamento de uma companhia de seguros, plano de compensação de trabalhadores ou qualquer outro terceiro, você concorda em informar o hospital de tal pagamento. O hospital mantém o seu direito de cobrar as cobranças originais e completas, caso um terceiro lhe forneça o pagamento pelos serviços do hospital.

Assinatura do Requerente

Data