

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
INSTRUCTIONS TO COMPLETE APPLICATION
(Portuguese)

(INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA)

Instruções

Como parte do nosso compromisso de servir, o sistema UMass Memorial Health Care oferece assistência financeira aos pacientes sem cobertura do *Health Safety Net Office* do estado e, que tenham determinadas qualificações de rendimento.

Para que possamos determinar se você se qualifica para assistência financeira, precisamos obter determinadas informações financeiras listadas no pedido. O não fornecimento dessas informações resulta no indeferimento da assistência.

Preencha o pedido do Programa de Assistência Financeira e envie-o juntamente com o comprovante de renda para um Conselheiro Certificado do Pedido (*Certified Application Counselor*). O formulário preenchido pode ser enviado por correio para:

UMass Memorial Patient Financial Counseling
306 Belmont Street
Worcester, MA 01604

Seção 1: Informações do Paciente

Na Seção 1 do pedido do Programa de Assistência Financeira, preencha todas as informações referentes ao paciente.

Seção 2: Membros da Família

A Seção 2 do pedido do Programa de Assistência Financeira solicita informações sobre as pessoas que moram no mesmo endereço do paciente. Isso deve incluir o cônjuge e os dependentes do paciente. Se o paciente for menor de idade, inclua os pais e/ou representante autorizado.

Seção 3: Salários

A Seção 3 do pedido do Programa de Assistência Financeira solicita informações sobre a renda do seu emprego. Indique o valor em dólar da renda de cada pessoa. Além disso, indique se o valor em dólar é recebido semanal, quinzenal ou mensalmente.

Seção 4: Outra Renda

A Seção 4 do pedido do Programa de Assistência Financeira solicita informações sobre a renda não relacionada ao emprego. Indique o membro da família e o tipo de renda de cada pessoa. Além disso, indique se o valor em dólar representa uma remuneração semanal, quinzenal, mensal ou anual. Exemplos de outras rendas podem ser seguro social ou pensão.

Como condição para este pedido, é obrigatória a apresentação de comprovantes de TODOS OS RENDIMENTOS das seções 3 e 4. Aceitamos os seguintes comprovantes de rendimento:

- Cópia dos 2 contracheques mais recentes
- Uma cópia do extrato ou cheque mais recente de recebimento de pensão, seguro social (*social security*), seguro desemprego ou outros benefícios
- Últimos 3 meses de declaração de lucros e perdas de empresa de um requerente autônomo ou a declaração do imposto de renda mais recente dentro de um período de 6 meses indicando o acima mencionado
- Uma declaração do seu empregador indicando a renda bruta semanal
- Uma cópia da sentença ou pagamentos recebidos nas últimas 2 semanas de pensão alimentícia e/ou pensão alimentícia aos filhos

Seção 5: Comentários / Declarações de Suporte

Caso esteja desempregado e não tenha nenhum rendimento, forneça uma declaração de suporte. Essa declaração deve incluir sua situação atual, tal como: com quem você mora e, quem ajuda a pagar suas despesas básicas, tais como: moradia e alimentação.

Seção 6: Informações do Convênio de Saúde

Se você ou alguém da sua família está coberto ou estará coberto por um convênio de saúde, forneça as informações nesta seção.

Para receber ajuda no para preenchimento deste pedido, contate:

Conselheiro Certificado de Pedidos (*Certified Application Counselor*)

508-334-9300

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h