

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Solicitação de assistência financeira da
Johns Hopkins Medicine**

Preencha os formulários anexos e devolva-os juntamente com a documentação conforme indicado abaixo.

Formulários a serem incluídos:

Solicitação de assistência financeira (em anexo)

Documentação a ser incluída:

1. Cópia da declaração de imposto de renda do ano anterior. (Se casado(a) e declarado(a) separadamente, forneça cópias de ambas as declarações).
2. Cópia dos três (3) últimos contracheques, carta do empregador ou comprovante de situação de desemprego.
1. Cópia da carta de concessão da previdência social (se aplicável)
2. Cópia da carta de determinação da assistência médica ou previdência social.
3. Comprovante de despesas mensais, conforme registrado em sua solicitação, como cópias de contas telefônicas, de gás e eletricidade ou de pagamentos de aluguel/hipoteca.
4. Cópias das despesas médicas não pagas.
5. Cópia de todos os cartões de plano de saúde.
6. Comprovante de residência, como carteira de identidade, carteira de motorista, certidão de nascimento ou status de residência permanente legal (green card).

ENVIE AS INFORMAÇÕES PARA:

A/C: REIMBURSEMENT

DEPARTMENT

5901-A HOLABIRD AVENUE

BALTIMORE, MD 21224



Solicitação de assistência financeira

Informações sobre você

Nome: _____
Nome Nome do meio Sobrenome

Número da previdência social ____ - ____ - ____ Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a)

Cidadão americano SIM NÃO Residente permanente: SIM NÃO

Endereço residencial: _____ Telefone: _____

Cidade Estado CEP País

Nome do empregador: _____ Telefone: _____
Endereço comercial: _____

Cidade Estado CEP

Membros da família:

		<u>O(A) PRÓPRIO(A)</u>
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento
Nome	_____	Idade Relacionamento

Você já solicitou assistência médica? SIM NÃO
Se sim, em que data você solicitou? _____
Se sim, qual foi a determinação? _____

Você recebe algum tipo de assistência do estado ou do município? SIM NÃO

I. Renda familiar

Liste o valor de sua renda mensal de todas as fontes. Pode ser necessário fornecer comprovante de renda, bens e despesas. Se você não tiver renda, apresente uma carta da pessoa que fornece sua moradia e refeições.

	Valor mensal
Emprego Benefícios de aposentadoria/pensão	_____
Benefícios da previdência social	_____
Benefícios de assistência pública	_____
Benefícios por invalidez Seguro desemprego	_____
Benefícios para veteranos	_____
Pensão alimentícia	_____
Aluguel Imóvel próprio Renda Lucro Benefícios	_____
Benefícios para militares	_____
Fazenda ou trabalho autônomo	_____
Outra fonte de renda	_____
Total	_____

II. Ativos líquidos

	Saldo atual
Conta corrente	_____
Conta poupança	_____
Ações, títulos, CD ou mercado monetário	_____
Outras contas	_____
Total	_____

III. Outros ativos

Se possuir algum dos itens a seguir, liste o tipo e o valor aproximado.

Casa	Saldo de empréstimo _____	Valor aproximado _____
Automóvel	Marca _____ Ano _____	Valor aproximado _____
Veículo adicional	Marca _____ Ano _____	Valor aproximado _____
Veículo adicional	Marca _____ Ano _____	Valor aproximado _____

Outra propriedade	Valor aproximado _____
Total	_____

IV. Despesas mensais

	Valor
Aluguel ou hipoteca	_____
Serviços públicos	_____
Pagamento(s) de veículo(s)	_____
Cartão(ões) de crédito	_____
Seguro de veículo(s)	_____
Plano de saúde	_____
Outras despesas médicas	_____
Outras despesas	_____
Você tem outras contas médicas não pagas?	SIM NÃO
Para qual(is) serviço(s)?	_____
Caso tenha acordado um plano de pagamento: Quais são os pagamentos mensais?	_____

Para elegibilidade para assistência a dificuldades financeiras médicas:

Renda familiar dos doze (12) meses anteriores à data desta solicitação: _____

Dívida médica incorrida na Johns Hopkins (não incluindo cosseguro, coparticipações ou franquias) nos doze (12) meses anteriores à data desta solicitação:

Data do serviço	Valor devido
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para elegibilidade para assistência financeira presumida:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Qual a idade do(a) paciente? | _____ |
| 2. A paciente está grávida? | Sim ou não |
| 3. O(a) paciente tem filhos menores de 21 anos morando em casa? | Sim ou não |
| 4. O(a) paciente é cego(a) ou está incapacitado(a) para o trabalho remunerado por 12 meses ou mais? | Sim ou não |
| 5. O(a) paciente está recebendo atualmente benefícios sociais (SSI ou SSDI)? | Sim ou não |
| 6. O(a) paciente (e, se casado(a), o(a) cônjuge) tem um total de contas bancárias ou ativos conversíveis em dinheiro que não excedem os valores abaixo? | Sim ou não |
| Tamanho da família: | |
| Individual: | US\$ 2.500,00 |
| Duas pessoas: | US\$ 3.000,00 |
| Para cada membro adicional da família, adicione US\$ 100,00
(Por exemplo: para uma família de quatro pessoas, se você tiver um total de ativos líquidos inferior a US\$ 3.200,00, você responderia SIM). | |
| 7. O(a) paciente é residente do estado de Maryland?
Se não residir em Maryland, em que estado o(a) paciente reside? | Sim ou não
_____ |
| 8. O(a) paciente é morador(a) de rua? | Sim ou não |
| 9. O(a) paciente participa do WIC? | Sim ou não |
| 10. A família tem filhos no programa de almoço gratuito ou com preço reduzido? | Sim ou não |
| 11. A família participa do programa de assistência energética de baixa renda? | Sim ou não |
| 12. O(a) paciente recebe SNAP/Food Stamps? | Sim ou não |
| 13. O(a) paciente está inscrito(a) no Healthy Howard, Chase Brexton? | Sim ou não |
| 14. O(a) paciente foi encaminhado(a) ao SH pela Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access ou Proyecto Salud? | Sim ou não |
| 15. O(a) paciente tem atualmente:
Somente farmácia de assistência médica
QMB/SMLB | Sim ou não
Sim ou não |
| 16. O(a) paciente está empregado(a)?
Se não, data em que ficou desempregado(a).
É elegível para o plano de saúde COBRA? | Sim ou não

Sim ou não |

Toda a documentação enviada passa a fazer parte desta solicitação.

Se você solicitar assistência financeira adicional, a JHM poderá solicitar informações adicionais para fazer uma determinação suplementar. Ao assinar este formulário, você atesta que as informações fornecidas são verdadeiras e concorda em notificar a JHM sobre qualquer alteração nas informações fornecidas no prazo de dez dias após a alteração. Todas as informações enviadas na solicitação são verdadeiras e precisas, de acordo com meu conhecimento, informações e crença.

Assinatura do solicitante

Data

Relacionamento com o paciente