

Solicitação de Assistência Financeira

Instruções: Todos os campos devem ser preenchidos, salvo indicação em contrário.

Número do prontuário médico: _____

Informações do paciente

Sobrenome, Nome

Data de nascimento

Endereço

Cidade, Estado, CEP

Número da previdência social

Número de telefone residencial

Número de telefone alternativo

Informações do garantidor

Sobrenome, Nome

Data de nascimento

Fonte de renda

Últimos 12 meses de renda familiar anual

Número da previdência social

Se a renda for \$ 0, selecione uma das seguintes opções:

- Deficiente
- Morador de rua
- Mora com amigo(s)
- Mora com parente(s)
- Aposentado
- Desempregado

Número de pessoas no agregado familiar

Número de filhos menores de 21 anos em casa

Veículos no agregado familiar, incluindo carros/
barcos/veículos recreativos

Saldo de conta corrente/poupança

Solicitação de Assistência Financeira

Propriedades possuídas e valores

Saldos de CD/aposentadoria/contas de investimento

Outros ativos

Leia antes de assinar. CERTIFICO que as informações que forneci são verdadeiras e precisas, de acordo com o meu conhecimento. Irei, de forma independente ou com a assistência do pessoal do hospital, solicitar TODA e QUALQUER ASSISTÊNCIA que possa estar disponível por meio do governo federal, estadual, local e de fontes privadas para ajudar a pagar esta conta do hospital. Compreendo que se não cooperar com o meu fornecedor hospitalar no fornecimento das informações solicitadas, o meu pedido de possível assistência financeira poderá ser negado. Por meio deste, concedo permissão e autorizo qualquer agente credenciado do programa Medicaid a divulgar ao meu provedor hospitalar TODAS as informações sobre o status da minha solicitação do Medicaid e se a solicitação não for aprovada e o motivo da reprovação. ATRIBUIREI ao meu provedor hospitalar TODOS OS FUNDOS recebidos das fontes acima, que são fornecidos para ajudar com esta CONTA HOSPITALAR. Eu, em meu próprio nome e em nome de meus familiares imediatos, representantes autorizados, médicos, conselheiros (incluindo clérigos) e advogados, concordo em realizar e manter no mais estrito confiar em qualquer comunicação escrita e/ou discussão oral entre mim e o meu prestador hospitalar relativamente a assuntos relacionados com os serviços que me são prestados pelo meu prestador hospitalar. Entendo que as informações que envio estão sujeitas à verificação pelo meu provedor hospitalar, incluindo agências de relatórios de crédito, e sujeitas à revisão pelas AGÊNCIAS FEDERAIS e/ou ESTADUAIS e outras, conforme necessário. AUTORIZO meu empregador a divulgar ao meu provedor hospitalar meu comprovante de renda. ENTENDO que se qualquer informação que forneci se revelar falsa, o meu fornecedor hospitalar reavaliará a minha situação financeira e tomará as medidas que se tornarem apropriadas. Para se qualificar para assistência, pode ser necessária pelo menos uma documentação comprobatória que comprove a renda familiar. A documentação de apoio pode incluir, mas não está limitada a, declaração de imposto de renda do ano mais recente, um W-2 atual, carta de apoio autenticada etc. Os pedidos de assistência podem ser negados se a documentação comprobatória não for fornecida. Qualquer saldo não pago será qualificado para ações de cobrança futuras. [Candidatos do Estado da Flórida: Estatuto da Flórida s.817.50 (1). Quem quer que, intencionalmente e com intenção de fraudar, obtenha ou tente obter bens, produtos, mercadorias ou serviços de qualquer hospital neste estado será culpado de contravenção de segundo grau, punível conforme previsto em s.775.082 ou s.775 -083.]

Assinatura do requerente/garantidor

Data de conclusão

Como enviar sua solicitação

Correspondência	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
E-mail	Financialassist@medsrv.co (apenas duas letras após o ponto final no endereço de e-mail)
Portal do paciente	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
Perguntas?	800-462-0490

