

## California Hospital Medical Center

### 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: (213) 742-5530.

**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:** California Hospital Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008 Fax: 877-691-1151. Certifique-se de manter uma cópia para si mesmo.

**Para enviar seu pedido preenchido pessoalmente:** California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA 90015

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.**

## **California Hospital Medical Center**

### **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? <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <i>Se Sim, liste o idioma preferido:</i>
O paciente solicitou Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <i>Pode ser necessário solicitar antes de ser considerado para assistência financeira</i>
O paciente recebe serviços públicos estaduais, como cupons de alimentação ou WIC (Mulheres, Bebês e Crianças)? <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>
O paciente está atualmente desabrigado? <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>
Os cuidados médicos do paciente estão relacionados a um acidente de carro ou lesão no trabalho? <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>
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 o

					Sim/Nã o
					Sim/Nã o
					Sim/Nã o
					Sim/Nã o
					Sim/Nã o

**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:* \_\_\_\_\_)

## California Hospital Medical Center

### 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 fiscal mais recente, incluindo horários, se aplicável; ou
- Uma declaração de retenção "W-2"; ou
- Recibos de pagamento atuais (6 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

## **Programa de Faturamento Hospitalar Justo da Califórnia (California Hospital Fair Billing Program)**

### **ATENÇÃO:**

Se precisar de ajuda no seu idioma, ligue para o (213) 742-5530 ou acesse o escritório de consultoria financeira. O escritório está aberto 8h às 16h30 e está localizado neste endereço California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA 90015. Auxílios e serviços para pessoas com deficiências, como documentos em braile, com letras grandes, áudio e outros formatos eletrônicos acessíveis também estão disponíveis. Esses serviços são gratuitos.

### **Ajuda para pagar sua conta**

Existem organizações de defesa do consumidor gratuitas que ajudarão você a entender o processo de faturamento e pagamento. Você pode ligar para a Health Consumer Alliance no telefone 888-804-3536 ou acessar [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para obter mais informações.

### **Programa de Reclamação de Contas Hospitalares**

O Programa de Reclamação de Contas Hospitalares (Hospital Bill Complaint Program) é um programa estadual que avalia as decisões hospitalares relacionadas à sua elegibilidade para receber ajuda no pagamento de contas hospitalares. Se acredita que teve a assistência financeira negada erroneamente, você pode fazer uma reclamação junto ao Programa de Reclamação de Contas Hospitalares. Acesse [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obter mais informações e fazer uma reclamação.

### **Pedidos de elegibilidade para pagamento com desconto ou cuidados de caridade**

- (1) Para pacientes que solicitam somente pagamento com desconto, o hospital pode solicitar somente os contracheques recentes ou as declarações de imposto de renda como documentação de renda.
- (2) Pacientes que solicitam somente pagamento com desconto podem receber menos assistência financeira que poderia estar disponível a eles segundo o programa de cuidados de caridade.