

O Boston Children's Hospital (o "Hospital") e suas Fundações de assistência médica (as "Fundações") estão comprometidos em atender crianças que necessitam de cuidados, independentemente da capacidade de pagar. Este Formulário de Assistência Financeira é utilizado para avaliar as oportunidades de assistência para todo o atendimento emergencial e outros atendimentos médicos necessários fornecidos pelo Hospital e pelas Fundações. Solicitamos que imprima este formulário e preencha todas as seções dele para candidatar-se.

O Hospital e as Fundações trabalharão com pacientes que se candidataram à assistência pública (por ex. Medicaid, Commonwealth Care e Health Safety Net) conforme apropriado. Os que poderiam estar qualificados à assistência pública, mas não se candidataram, poderão ter o Formulário de Assistência Financeira negado pelo Hospital e pelas Fundações.

Caso tenha alguma dúvida ao preencher este formulário, entre em contato com a unidade Financial Counseling (Orientação Financeira) do departamento Patient Financial Services (Serviços Financeiros do Paciente) pessoalmente no Hospital localizado em 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115 ou ligue para (617) 355-7201.

Envie, pelo correio, os formulários preenchidos para:

**Boston Children's Hospital**  
**Patient Financial Services – Financial Counseling**  
**300 Longwood Avenue**  
**Farley Building Room 160**  
**Boston, MA, 02115**

### 1. Informações do Requerente

Observação 1: O Requerente é o nome da pessoa que preenche o formulário.

Nome do requerente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Parentesco do requerente com o paciente	
Número de registro médico do paciente no Boston Children's	
Datas do serviço para a Assistência Financeira solicitada	
Números da conta para a Assistência Financeira solicitada	
Valor solicitado	

### 2. Informações Sobre o Paciente e Fiador do Paciente

Observação 2: O paciente é a pessoa a que se refere este formulário, a pessoa que recebeu/está recebendo o atendimento médico.

Observação 3: O fiador do paciente é a pessoa responsável financeiramente pela conta.

---

<sup>1</sup> A Política de Assistência Financeira do Boston Children's Hospital não se aplica à Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC, nome fantasia Boston Children's Pharmacy, nem a qualquer item fornecido pela Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC, nome fantasia Boston Children's Pharmacy.

Nome do paciente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Data de nascimento do paciente	

Número do seguro social do paciente (se emitido)	
Endereço do paciente	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Não aplicável
Número de telefone do paciente	
Nome do fiador do paciente	
Endereço do fiador do paciente	
Parentesco do fiador com o paciente requerente	
Empregador do fiador do paciente	
Endereço do empregador do fiador do paciente	

- Inclua o comprovante de residência, como carteira de motorista, hipoteca, contrato de aluguel, declaração de imposto, conta de energia elétrica, fatura de serviços ou conta de telefone.

O paciente solicitou assistência pública, como Medicaid, Commonwealth Care ou Health Safety Net?

Sim     Não     Desconhecido    Resultados \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, forneça os resultados do registro.  
 Se o paciente tiver assistência pública na data do serviço, forneça informações sobre a assistência pública com o formulário.  
 Caso a assistência pública já tenha sido negada anteriormente, forneça informações sobre a negação.

O paciente possuía seguro saúde na data do serviço?

Sim     Não     Desconhecido    Seguro de Saúde \_\_\_\_\_

Se o paciente tiver seguro na data do serviço, forneça informações do seguro com o formulário.

O paciente/fiador tem acesso ao seguro de saúde por meio do empregador?

Sim     Não     Desconhecido    Funcionário \_\_\_\_\_

O paciente/fiador rescindiu voluntariamente o seguro nos últimos 60 dias?

Sim  Não  Desconhecido Seguro \_\_\_\_\_

O paciente possuía uma ação judicial, um acordo ou uma reivindicação de responsabilidade em andamento relacionada à data do serviço?

Sim  Não  Desconhecido Resultados \_\_\_\_\_

Se o paciente tiver uma ação judicial pendente, acordo ou reivindicação de responsabilidade em andamento, forneça o status com o formulário.

O paciente tem acesso a outros fundos para ajudar a pagar pelos serviços médicos necessários?

Sim  Não  Desconhecido Fonte de financiamento \_\_\_\_\_

### 3. Informações Sobre a Família

O Hospital determina a elegibilidade para os programas de assistência financeira com base na renda familiar do paciente. As taxas de desconto são determinadas usando as FPG (Federal Poverty Guidelines - Diretrizes Federais de Pobreza). Relacione o paciente, os pais do paciente e os guardiões legais abaixo (independentemente de morarem ou não juntos). Além disso, relacione todos os membros da família do paciente que moram com ele, incluindo irmãos com menos de 18 anos. Se o paciente for casado, liste também seu cônjuge. Se houver mais de 6 membros, inclua uma folha suplementar.

Número de membros da família

ID	Nome do membro da família (nome, nome do meio, sobrenome)	Parentesco com o paciente	Data de nascimento	Idade
1				
2				
3				
4				
5				
6				

#### 4. Renda familiar

Liste toda a renda familiar bruta para os 6 e 12 meses anteriores à data do atendimento, ao qual esta solicitação de assistência financeira se relaciona. A renda familiar bruta é calculada antes da dedução de impostos e inclui salários, seguro desemprego, indenização por doença ou acidente de trabalho e uma série de outras formas de renda. A renda familiar deve ser listada para o paciente, seus pais e guardiões legais (independentemente de morarem juntos ou não) e seus irmãos com menos de 18 anos que moram na mesma casa. Se o paciente for casado, a renda familiar deve incluir a renda do cônjuge. Múltiplas fontes podem ser listadas para cada um dos tipos de renda.

Tipo de renda familiar	Fontes dos membros da família	Últimos 6 meses Valor bruto	Últimos 12 Meses Valor bruto
Salários			
Seguro-desemprego			
Indenização por doença ou acidente de trabalho			
Assistência pública			
Pensão/Aposentadoria			
Propriedade de aluguel			
Benefício por deficiência			
Pensão alimentícia para filhos (se não estiver reportado nos salários)			
Pensão alimentícia para cônjuge (se não estiver reportado nos salários)			
Benefício de previdência social			
Dividendos/juros/royalties			
Outro			
Total			

- Anexe os comprovantes de renda, incluindo declarações de imposto de renda de anos anteriores, relatórios W2 de anos anteriores, 4 recibos de pagamentos recentes ou verificação escrita do Empregador, pensão da previdência social, pensão por deficiência ou declaração assinada de ausência de renda.

#### 5. Certificação e Assinatura

Solicito que o Hospital determine a elegibilidade para assistência financeira. Entendo que estas informações são confidenciais e estão sujeitas à verificação por parte do Hospital. Também tenho consciência de que, se as informações fornecidas forem falsas, a assistência financeira poderá ser negada e eu serei responsável pelo pagamento dos serviços prestados pelo Hospital e pela Fundação. Certifico que as informações contidas neste formulário estão completas e são precisas, dentro do meu conhecimento, e entendo o processo e minhas responsabilidades.

Nome do requerente (nome, nome do meio, sobrenome)	
Assinatura	Data