

**ASSISTÊNCIA FINANCEIRA - TRINITY HEALTH
OF NEW ENGLAND**

Johnson Memorial Hospital – Mercy Medical Center - Mount Sinai Rehabilitation Hospital
Saint Francis Hospital and Medical Center – St. Mary's Hospital
Trinity Health of New England Medical Group - Collaborative Laboratory Services
Mercy Inpatient Medical Associates

A Trinity Health Of New England (THONE) oferece assistência financeira para pessoas elegíveis, com base na renda domiciliar e no tamanho da família. Entretanto, caso você não tenha plano de saúde ou a sua renda esteja sob a Diretriz Federal de Pobreza, precisaremos de uma carta de negação do estado ou de uma comprovação de que você já está recebendo assistência estadual.

Envie a solicitação de assistência financeira, preenchida e assinada, junto com comprovantes de renda de todas as pessoas que moram na residência, documentos de identificação, comprovante de residência e cópia integral da sua declaração do imposto de renda (1040) do ano anterior para:

Saint Francis Hospital Attn: Patient Accounts 114 Woodland Street Hartford, CT 06105	Johnson Memorial Medical Center Attn: Financial Counseling 201 Chestnut Hill Road Stafford Springs, CT 06076	St. Mary's Hospital Attn: Financial Counseling 56 Franklin Street Waterbury, CT 06706	Mercy Medical Center Attn: Financial Counseling 271 Carew Street Springfield, MA 01104
--	--	---	--

Os comprovantes de renda devem incluir uma das opções a seguir:

- ☐ Cópia dos holerites (4 consecutivos ou 2 quinzenais) de todas as pessoas que vivem na residência, ou uma carta do seu empregador informando o seu salário.
- ☐ Caso você não esteja trabalhando, pedimos que você envie uma cópia da sua Carta de benefícios a desempregados
- ☐ Carta(s) de determinação de pensão alimentícia
- ☐ Carta(s) de determinação de assistência financeira
- ☐ Carta do Seguro Social/Deficiências/Pensão informando o valor bruto do benefício
- ☐ Carta notariada do seu fiador, da(s) pessoa(s) que o apoia(m) ou uma carta de autocertificação.
- ☐ Informações do patrocinador
- ☐ Cópia do seu extrato bancário mais recente, indicando todas as transações efetuadas nos últimos 3 meses
- ☐ Caso você seja trabalhador autônomo, precisamos de uma cópia da sua última declaração do imposto de renda com os formulários C ou K-1 (1120)

Declaração do imposto de renda preenchida:

- ☐ Cópia da sua declaração do imposto de renda completa/formulários 1099 do ano atual.
Observação: Caso você não tenha feito a declaração do imposto de renda do ano anterior, entre em contato com o IRS pelo telefone [1-800-829-1040](tel:1-800-829-1040) para solicitar uma carta de “não preenchimento”, ou acesse www.irs.gov/pub/irs-fill/f4506

Para identificação, inclua: (caso não esteja no arquivo)

- ☐ Cópia de um documento válido, com foto – Carteira de motorista, Passaporte/Visto, Crachá de trabalho; Documento de imigração

Para a comprovação de residência, inclua:

- ☐ Contrato de aluguel, contas de serviços públicos, faturas ou comprovantes de financiamento imobiliário da região (consulte a matriz).

Carta de determinação da Medicaid: caso você não tenha plano de saúde ou esteja sob a Diretriz Federal de Pobreza ou Medicare

- ☐ **Caso seja morador de Connecticut:** Para solicitar a Medicaid ou um plano de saúde por meio da Access Health CT, acesse <https://www.accesshealthct.com> ou ligue para 1-855-909-2428. Você deve apresentar a carta de determinação e elegibilidade que você recebeu do Departamento de Serviços Sociais do Estado de Connecticut.
- ☐ **Caso seja morador de Massachusetts:** Para solicitar a Medicaid ou um plano de saúde por meio da

MassHealth ou The Connector, acesse <https://www.MAhealthconnector.org> ou ligue para 1-877-623-6765. Você deve fornecer a carta de determinação e elegibilidade que você recebeu do Departamento de Serviços Sociais do Estado de Massachusetts.

A solicitação com todos os documentos deve ser enviada em até 240 dias.