

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Para serviços hospitalares e profissionais prestados por instalações e médicos da Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Preencha e assine o formulário de inscrição e devolva-o em até 10 dias, incluindo cópias dos seguintes documentos:

[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]

Verificações obrigatórias [Required Verifications]

- ☐ Comprovante de renda bruta do último mês [Past One month Proof of Gross Income]
- ☐ Extratos bancários completos de todas as contas bancárias dos dois meses anteriores, com todas as páginas incluídas (explicação para depósitos recorrentes) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- ☐ Declarações de imposto de renda recentes (formulário 1040 com Anexo C, E ou F) ou Demonstrações de lucros e perdas de três meses (para autônomos/dependentes) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Forneça o seguinte, se aplicável [Provide the following, If applicable]

- ☐ W2 recente para renda sazonal [Recent W2 for Seasonal Income]
- ☐ Benefício de desemprego/ Carta de rejeição [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- ☐ Renda de pensão alimentícia/separação [Child Support Income/Alimony]
- ☐ Sem renda - Preencha a parte da solicitação referente à carta de apoio financeiro [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

Dados do paciente [Patient Information]

Nome do paciente [Patient Name]		Data de nascimento [Date of Birth]	
Número do seguro social/EIN (opcional) [Social Security/EIN Number (optional)]	Celular [Mobile Phone]	Outro telefone [Other Phone]	
Endereço para correspondências [Mailing Address]	Cidade [City]	Estado [State]	CEP [ZIP code]
E-mail [Email Address]	Em qual estado você reside? [Of what state are you a resident?]		
Estado civil [Marital status] ☐ Solteiro [Single] ☐ Casado [Married] ☐ Divorciado [Divorced] ☐ Outro [Other] _____			
Você preenche uma declaração de imposto de renda federal? [Do you file a Federal Tax Return?] ☐ Sim [Yes] ☐ Não [No] Se não, por quê? [If no, why?]		Você pode ser declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] ☐ Sim [Yes] ☐ Não [No]	
Você ou seus dependentes tinham cobertura de seguro de saúde no momento do atendimento? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] ☐ Sim [Yes] ☐ Não [No] (Fornecer cópia da carteirinha de seguro) [(Provide Insurance card copy)]			

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Para serviços hospitalares e profissionais prestados por instalações e médicos da Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Você é um residente documentado dos Estados Unidos? [Are you a documented resident of the United States?]

☐ Sim [Yes] ☐ Não [No] ☐ Prefiro não responder [Prefer Not to Answer]

Membros da família, inclusive você, com base em suas declarações de imposto de renda recentes [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	Data de nascimento [Date of Birth]	Relação com o paciente [Relationship to Patient]	Declarado na declaração de imposto de renda (Sim/Não) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]

Verificação de renda de todos os membros da família [Income Verification for all household members]

Fonte de renda mensal [Monthly Income Source]	Quem recebe isso? [Who receives this?]	Renda mensal bruta (antes dos impostos) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Fonte de renda mensal [Monthly Income Source]	Quem recebe isso? [Who receives this?]	Renda mensal bruta (antes dos impostos) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Seguro social/Incapacidade [Social Security/Disability]			Indenização de acidente de trabalho [Worker's Compensation]		
Pensão [Pension]			Desemprego [Unemployment]		
Trabalho autônomo [Self-Employment]			Pensão alimentícia/Separação [Child Support/Alimony]		
Assistência pública [Public Assistance]			Renda de aluguel de terrenos [Rental Land Income]		
Outros [Other]					

Carta de apoio financeiro – Deve ser preenchida apenas pela pessoa que está fornecendo o apoio [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Para serviços hospitalares e profissionais prestados por instalações e médicos da Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

- ☐ Presto apoio para mais de 50% das despesas de subsistência do paciente, mas não posso ajudar com as contas médicas. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- ☐ Ao assinar esta carta, confirmo que a declaração acima está correta e que não serei de forma alguma responsabilizado pelas contas do paciente. Em caso de dúvidas, entre em contato comigo em _____ (Telefone) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]

Nome da pessoa que está prestando apoio [Name of person providing support]

Relacionamento com o paciente [Relationship to Patient]

Assinatura do prestador de apoio [Signature of person providing support]

Data [Date]

VERIFICAÇÃO DE RENDA E IDENTIFICAÇÃO [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

Certifico que as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e completas, de acordo com meu conhecimento. Entendo que as informações fornecidas estão sujeitas a verificação. Serei responsável pelo reembolso de quaisquer serviços prestados nas afiliadas do Trinity Health se as informações acima forem fornecidas sob falsos pretextos. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Assinatura do paciente [Signature of Patient]: _____

Data [Date]: _____

Ou assinatura do responsável legal (se aplicável) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: _____

Data [Date]: _____

Relação com o paciente [Relationship to Patient]: _____

Data [Date]: _____

Envie sua solicitação para o endereço acima, por fax para 312-871-3350 ou carregue os documentos pelo MyChart (Portal do Paciente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Em caso de dúvidas, entre em contato com o nosso Centro de Atendimento ao Cliente pelo telefone 800-494-5797, de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h horário da Costa Leste. [Please mail your application to the address above, fax at 312-871-3350 and or upload documents through MyChart (Patient Portal) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> If you have any questions, please contact our Customer Service Center at 800-494-5797 Monday through Friday 9 a.m. -5 p.m. ET.]