



Inscrição para o Programa de Assistência Financeira do Hospital
Caixa Postal 670747, Marietta, GA30066
Telefone: 470-245-9998

INFORMAÇÃO DO PACIENTE Res. nos EUA Sim Não

Número da Conta: _____ Nome da Unidade: _____

Nome: _____ Número da Seguridade Social: _____ Data de Nascimento: _____

INFO SOBRE O RESPONSÁVEL E CÔNJUGE Casado Divorciado Separado Viúvo Solteiro

Nome do Responsável: _____ Número da Seguridade Social: _____ Relacionamento com o Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Endereço Domiciliar: _____

Número de Telefone: (____) _____ Número Alternativo de Telefone: (____) _____

Empregador 1: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Posição: _____ Pagamento Anual ou por Hora: _____ Trabalhando em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Empregador 2: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Posição: _____ Pagamento Anual ou por Hora: _____ Trabalhando em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Nome do Cônjuge: _____ Número da Seguridade Social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Empregador 1: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Posição: _____ Pagamento Anual ou por Hora: _____ Trabalhando em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Empregador 2: _____ Endereço: _____

Número do trabalho: _____ Posição: _____ Pagamento Anual ou por Hora: _____ Trabalhando em tempo integral, parcial ou desempregado (circule um)

Dependentes Legais (Liste apenas os dependentes que podem ser inseridos na sua declaração do imposto de renda)

Nome (Primeiro, do Meio, Último)	Data de Nascimento (mês/dia/ano)	Relacionamento	
	/ /		Você se inscreveu para Medicaid? Sim _____ Não _____
	/ /		
	/ /		Você é elegível para Cobra? Sim _____ Não _____
	/ /		
	/ /		

Ativos e Outras Fontes de Renda

Saldo da Conta Corrente: \$ _____ Nome do Banco: _____ Saldo da Conta Poupança: \$ _____ Nome do Banco: _____

Liquidez do Mercado Monetário: \$ _____ Nome do Banco: _____ Seguridade Social: \$ _____ Pensão Mensal: \$ _____

Pensão Alimentícia: \$ _____ Abono de Família: \$ _____ Certificados de Depósito: _____

Quaisquer outros ativos, como ações, títulos de dívida, etc. _____ Tipo: _____

Você recebe Reembolso do Crédito Estudantil? Sim ou Não (Circule Um) Total do Reembolso Estudantil: \$ _____

Você proclamou falência nos últimos 3 anos? Sim ou Não (Circule Um) Se sim, informe a data: ____/____/____

Você recebe aluguel de algum imóvel? Sim ou Não (Circule Um) Se sim, qual é a renda mensal? \$ _____

Valor do Imóvel: \$ _____

O Wellstar Health System compromete-se a fornecer assistência financeira a pacientes que buscaram atendimento médico necessário nos hospitais Wellstar, mas possuem meios limitados ou inexistentes para pagar por esse atendimento. O Wellstar fornecerá atendimento médico de emergência a todos os indivíduos, independentemente de sua capacidade de pagamento ou elegibilidade no âmbito do seu Programa de Assistência Financeira. Para se qualificar para assistência financeira ao hospital Wellstar, é necessária cooperação com o Wellstar na identificação e determinação de fontes alternativas de pagamento ou cobertura de programas de pagamento públicos e privados. Para se qualificar para assistência financeira, é necessário o seguinte:

Informações para a inscrição:

Enviar um pedido verdadeiro, preciso, assinado e preenchido para assistência financeira; e

Todos os solicitantes de Assistência Financeira devem fornecer Comprovante de Renda e Bens Familiares, fornecendo os seguintes itens aplicáveis:

Forneça os seguintes documentos com base na situação financeira ATUAL:

- Forneça três (3) meses dos recibos de salário mais recentes ou um extrato do empregador verificando o salário bruto E os dois (2) meses mais recentes de extratos bancários para conta corrente, poupança, mercado monetário ou outra conta bancária ou de investimento da família
 - Formulário 1040 do IRS mais recente E IRS W-2/1099 (se aplicável) emitido durante o ano passado para corresponder ao Formulário 1040 do IRS
- Documentação adicional (se aplicável):
- Declarações escritas dos últimos 2 (dois) meses para todas as outras receitas (por exemplo, indenização por desemprego, invalidez, aposentadoria, empréstimos estudantis, carta de premiação do Serviço de Seguridade Social, relatório atual de lucros e perdas para todos os candidatos autônomos, decisão judicial de pensão alimentícia, decisão judicial de abono familiar de apoio à criança ou Declaração de Atividade do Cartão de Benefícios (TANF), etc. para a família.)

- Se Desempregado há menos de 3 meses - Notificação de demissão do empregador anterior
- Se Desempregado há mais de 3 meses - Consulta Salarial (Departamento do Trabalho)
- Carta de negação de compensação de desemprego
- Documentação dos valores dos ativos, incluindo, sem limitação, declarações de imposto sobre a propriedade, Certificados de Depósito e outras declarações de investimento
- Declarações de contribuição de indivíduos que contribuem com renda ou assistência em espécie para o paciente

Não são permitidas alterações ou edições nos documentos.

Esta informação deve ser recebida dentro de 30 dias para processar sua inscrição. As contas elegíveis para a Revisão de Assistência Financeira no Programa de Assistência Financeira do Wellstar Health System devem ter preenchido os pedidos enviados dentro de 240 dias a partir da primeira data do extrato de cobrança pós-alta. A Wellstar se reserva o direito de não processar sua conta no Programa de Assistência Financeira, se não estiver em conformidade. Você pode entrar em contato com a Wellstar para questionamentos ou para obter assistência com esta inscrição em:

SBO FAP Department, Caixa Postal 670747, Marietta, GA 30066, Número de Fax: 770-792-1737 ou Número de Telefone: 470-245-9998.

Comentários:

Solicito que a Wellstar determine minha elegibilidade para o seu Programa de Assistência Financeira. Entendo que as informações que envio sobre minha renda anual e tamanho da família devem ser verificadas. Entendo também que, se as informações enviadas forem falsas, essa determinação resultará em uma negação da elegibilidade para Assistência Financeira. Além disso, concordo em cumprir com o processo de solicitação e triagem de qualquer assistência (ou seja, Medicaid, Medicare, Auxílio Estatal (para câncer), Reabilitação Profissional, Seguro, etc.) que possam estar disponíveis para pagamento de minhas cobranças de conta Wellstar. Eu cooperarei totalmente na execução de quaisquer ações que sejam consideradas necessárias para obter essa assistência e atribuirei ou pagarei à Wellstar o valor recuperado pelas cobranças da Wellstar. Concordo em pagar quaisquer saldos restantes após o ajuste do Programa de Assistência Financeira. Não fazer isso pode resultar na reversão de qualquer desconto no Programa de Assistência Financeira. Um requerimento preenchido do Programa de Assistência Financeira é aplicável por responsável.

Assinatura do Responsável: _____ Data: _____