

Boston Children's Hospital ("Hospital") ku si fundasons di médikus ("fundason") sta empenhadu em ser rekurso pa kriansas ki presisu di kuidadus, independentementi di Xes kapasidadi di pagamentu. Kes aplikativu di assistênsia finanseru é usadu pa avalia oportunidadi di assistênsia pa tudu emergênsias ku otrus kuidadus medikus nesessáriu ku prestadus pa Hospital ku fundason. Por favor, imprimi e kompleta tudu sexon ki sta presizu.

Hospital ku fundason sta ta trabadja ku pasientes pa pidi assistênsia públiku (por exemplu, Medicaid, Commonwealth Care, ku Health Safety Net), conforme o kaso. Si bu ka pidi assistênsia públiku, pa o qual bu pudi sta qualifikadu, e pudi resulta na nega di bu pedidu di ajuda finansera na Hospital ku fundason.

Si bu tene kualkel dúvida, kompleta kes aplikason, entra na kontaktu ku unidadi di akonselhamentu finanseru di dipartamentu di servisos di financiamentu di pasiente, pessoalmente na Hospital lokalizadu na 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, ou txoma pa (617) 355-7201.

Por favor manda bu aplikason kompletu pa:

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

1. Informason di rekirenti

Nota 1: Rekirenti é nomi di pessoa ki kompleta kes aplikason.

Nomi do rekirente (primero nomi, segundo nomi, apelido)	
Relason di kandidatus ku kel pasiente	
Número di registro médiku di Boston di fidjus di pasiente	
Data(s) qui pididu serviso di assistênsia finansera	
Número(s) di konta di pedidu pa ajudafinansera	
Dólares solsitadus	

2. Informason di pasiente ku fiadur di pasiente

Nota 2: Pasiente é a pessoa ki o pedidu é pa el; pessoa ki rekebi/sta rekebi assitensia medika.

Nota 3: Fiadur di Pasiente é finanseramente responsável pa fatura.

¹ Pulítika di Asistênsia Finanseru di Boston Children's Hospital ka ta aplika pa Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy nen pa ninhun produtu furnesidu pa Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy.

Nomi do paciente (primeiru nomi, segundo nomi, apelido)	
Data di naximentu di Pasiente	

Número di Seguransa Sosial (si tem) di Pasiente	
Endereso di pasiente	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Rendimentu <input type="checkbox"/> Não aplikável
Número di telefoni di pasiente	
Nomi di fiadur di pasiente	
Endereso di fiadur di pasiente	
Relason di fiadur di pasiente ku pasiente	
Empregadur di fiadur di pasiente	
Endereso di empregadur di fiadur di pasiente	

- Por favor inklui verifikason di residênsia (por exemplu karta di konduson, diklarason di hipoteka, kontrato di aluguer, lei fiskal, konta di luz ou konta di telefoni).

Sipasiente solisita assistênsia públiku (por exemplu, Medicaid, kuida da Kumunidade ku redi di seguransa di saúdi)?

SIM NÃO Deskonhesidu Resultadu_____

Si sim, fornesi resultadu di aplikason.

Si pasiente teni assistênsia públiku na data di serviso, por favor, fornesi informason di assistênsia públiku ku kes aplikason.
Si assistênsia públiku sta negadu anteriormenti, por favor, fornesi informason di nega.

Pasiente tem seguru di saúdi na data do serviso?

SIM NÃO Deskonhesidu Seguru di saudi_____

Si pasiente tene seguru na data di servisu, por favor fornesi informasons di segurus ku aplikason.

O pasiente / fiadur ten assesu pa seguru saúdi por meio di bu empregador?

SIM NÃO Deskonhesidu Empregador_____

O pasiente / fiadur reskindiu voluntariamente o seguru nos Últimu 60 dias?

SIM NÃO Deskonhesidu Seguru _____

pasiente tive uma ason judicial, liquidason ou responsabilidadi reklamason pendentu kontra data di servisu?

SIM NÃO Deskonhesidu Resultadus _____

Si pasiente teni um prosesu pendentu, liquidason ou reivindikason diresponsabilidadi pendentu, por favor fornese infomason djuntu ku kes aplikason.

Adisionar pergunta sobre o financiamentu na mesmu caixa

O pasiente ten assesu na financiamentu adisional pa ajudar paga por servisu médikus nesessariu?

SIM NÃO Deskonhesidu Fonte di financiamentu _____

3. Informason di família

Hospital ta ditermina elegibilidadadi pa programas di assistênsia finansera, ku base na Rendimentu di familia di pasiente. Taxas di diskonto é diterminadu usando diretrizes dipobreza Fideral (FPG). Lista pasiente ku pai(s) di pasiente ku guardions legal(s) abaixo (independentimenti si kes ta vivi ou não ku pasiente). Também lista tudu membru di família di pasiente ki ta vivi ku pasiente, inkluido irmãos di pasiente ku menus di 18 anos di idadi ki ta vivi ku pasiente Si pasiente é kasadu, lista kônjugal di pasiente. Si tem mas di 6 membru na familia, por favor adisiona papel komplementu.

Número di membru di família

ID (Identifikason)	Nomi do membru da família (primeiru nomi, segundo nomi, apelido)	Relason ku pasiente	Data di Naximentu	Idadi
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Rendimentu di familia

Lista tudu Rendimentu brutu di familia num período di 6 ku 12 meses antis di kes pedidu di ajuda finanseru. Rendimentu brutu di familia é antis di impostu ki ta inklui saláriu, ku pensason di desempregu, ku pensason di trabalhadores ku otros forma di Rendimentu. Rendimentu di familia dive ser listadu pa pasiente, pai(s) di pasiente ku parenti legal(s) (ou ka ta vivi ku pasiente) ku irmons di pasiente di menus di 18 ano di idadi ki ta vivi ku pasiente. Si pasiente sta kasadu, Rendimentu di familia devi inklui kônjugi di pasiente. Várias fontis pudi ser listadu pa kada tipu di Rendimentu.

Tipo di Rendimentu familiar	Família membru(s) fonte(s)	Últimu ---6 meses brutu em dólares	Últimu ---6 meses brutu em dólares
Saláriu			
pagamentu di desempregu			
Kumpensason di tralalhadu			
Assistênsia publiku			
Penson /reforma			
Propriedadi na Arendamentu			
Difisiênsia			
apoio infantil (si ka sta relatato na salario)			
Penson pa alimentason (seka relatatu na Saláriu)			
Seguransa sosial			
Divididos / juros / direitu			
Otros			
Total			

- Por favor inklui verifikason di rendimentus, inkluidu retornos di imposto di ano anterior, anos anterioris W2, 4 Últimu kontra-txheki ou verifikason eskrita di empregador, Txheki di Seguransa Sosial, penson, ou deklarason ta deklarar zero salario.

5. Sertifikason ku assinatura

Nta Solisita Hospital pa fazi uma diterminason di elegibilidadi pa assistênsia finansero. Ami nta entendi ki kes informason li é konfidensial ku sujeitu di verifikason pa Hospital. Ami também n'entendi ki si informason ki nsta fornese sta falsu, nha ajuda finansera pudi ser negadu e nsta responsável pa pagamentu di servisu prestadu pa Hospitals ku Fundasons. Por kes meio, nta atesta ke informasons na kes aplikason é kompleto ku korreto, o mijor di nha konhesimentu nta entendi prosesu ku nha responsabilidadi.

Nomi di rekirente (primeiru, nomi di meio, apelidu)	
Assinatura	Data