

**SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE PROGRAMA DE GARANTIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (HCAP) ou ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**

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

Pessoal e confidencial

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Avalista:** Guarantor smarttext

**Nº do caso:** smarttext

**Pacientes incluídos no caso:**

- smarttext patient name(s)

Caro(a) patient name smarttext,

Obrigado por escolher a RHM smarttext como seu provedor de serviços de saúde. Preencha o formulário anexo e devolva-o ao endereço abaixo para concluir a avaliação de sua assistência financeira.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento ao Cliente pelo telefone 800-494-5797, de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h, horário da Costa Leste.

Atenciosamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Em nome de RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

**SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE PROGRAMA DE GARANTIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (HCAP) ou ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**  
 Para serviços hospitalares e profissionais prestados por instalações e médicos da Trinity Health

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

Verificações obrigatórias

- Comprovante de renda bruta do último mês  Últimos três meses Comprovante de Renda Bruta (se solicitar HCAP)
- Extratos bancários completos de todas as contas bancárias dos dois meses anteriores, com todas as páginas incluídas (explicação para depósitos recorrentes)
- 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)

Forneça o seguinte, se aplicável

- W2 recente para renda sazonal
- Benefício de desemprego/ Carta de rejeição
- Renda de pensão alimentícia/separação
- Sem renda - Preencha a parte da solicitação referente à carta de apoio financeiro

**Dados do paciente**

Nome do paciente		Data de nascimento	
Número do seguro social/EIN (opcional)	Celular	Outro telefone	
Endereço para correspondências	Cidade [City]	Estado	CEP
E-mail [Email Address]	Em qual estado você reside?		

Estado civil  Solteiro  Casado  Divorciado  Outro \_\_\_\_\_

Data(s) do serviço hospitalar: De \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

Você preenche uma declaração de imposto de renda federal?  
 Sim  Não

Se não, por quê?

Você pode ser declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa?  Sim  Não

Você ou seus dependentes tinham cobertura de seguro de saúde no momento do atendimento?  Sim  Não (Fornecer cópia da carteirinha de seguro)

Você é um residente documentado dos Estados Unidos?  Sim  Não  Prefiro não responder

Membros do agregado familiar, incluindo si próprio com base nas suas declarações de impostos recentes	Date of Birth	Relação com o Paciente	Renda nos 3 meses anteriores ao serviço hospitalar	Income for 12 months prior to hospital service	Reivindicado na declaração de imposto de renda (S/N)
(Paciente)		eu			

**SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE PROGRAMA DE GARANTIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (HCAP) ou ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**  
 Para serviços hospitalares e profissionais prestados por instalações e médicos da Trinity Health


**Verificação de renda de todos os membros da família [Income]**

Fonte de renda mensal	Quem recebe isso?	Renda mensal bruta (antes dos impostos)	Fonte de renda mensal	Quem recebe isso?	Renda mensal bruta (antes dos impostos)
Remunerações			Indenização de acidente de trabalho		
Seguro social/Incapacidade			Desemprego		
Pensão			Pensão alimentícia/Separação		
Trabalho autônomo			Renda de aluguel de terrenos		
Assistência pública			Outros		

**Carta de apoio financeiro – Deve ser preenchida apenas pela pessoa que está fornecendo o apoio**

- Presto apoio para mais de 50% das despesas de subsistência do paciente, mas não posso ajudar com as contas médicas.
- 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 eu na \_\_\_\_\_ (Telefone)

**Nome da pessoa que está prestando apoio**

**Relacionamento com o paciente**

**Assinatura do prestador de apoio**

**Data**

**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.

Assinatura do paciente [Signature of Patient]: \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Ou assinatura do responsável legal (se aplicável): \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Relação com o paciente : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

**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.**