

DEPARTAMENTO FINANCEIRO



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Johns Hopkins Medicine
Inscrição para assistência financeira**

Preencha os formulários anexados e os devolva com a documentação, como indicado abaixo.

Formulários a serem incluídos:

Inscrição para assistência financeira (anexado)

Documentação a ser incluída:

1. Cópia da declaração de impostos do ano anterior. (Caso você seja casado e tenha submetido separadamente, forneça a cópia das duas declarações.)
2. Cópia dos últimos três (3) contracheques, carta do empregador ou comprovante do status de desempregado.
 1. Cópia da carta de aprovação do seguro social (se aplicável).
 2. Cópia da resposta à consulta da Assistência médica ou seguro social.
 3. Comprovante das despesas mensais, como registrado na sua inscrição, como cópia do pagamento das contas de telefone, contas de energia elétrica e gás ou aluguel/financiamento.
 4. Cópias das despesas médicas não pagas.
 5. Cópia de todos os cartões de plano de saúde.
 6. Comprovante de residência, como uma carteira de identificação, carteira de habilitação, certidão de nascimento ou status legal de residência permanente (green card).

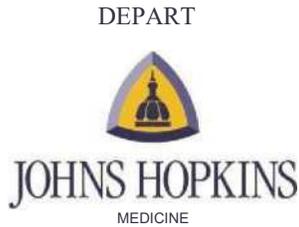
**ENVIE AS INFORMAÇÕES PARA:
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIAISON
BALTIMORE, MD 21211**

ENDEREÇO DE ENVIO:
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

E-MAIL: financialassistance@jhmi.edu

TELEFONE: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250



Inscrição para assistência financeira

Suas informações

Nome: _____
Primeiro Do meio Último (sobrenome)

Número do seguro social ____ - ____ - ____ Status civil: Solteiro Casado Separado

Cidadão dos Estados Unidos SIM NÃO Residente permanente: SIM NÃO

Endereço residencial: _____ Telefone _____

Cidade Estado Código postal País

Nome do empregador: _____ Telefone _____
Endereço de trabalho: _____

Cidade Estado Código postal

Moradores no domicílio:

		VOCÊ
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____
Nome	Idade	Vínculo
_____	_____	_____

Você se inscreveu para a Assistência médica SIM NÃO
Se sim, em que data fez a inscrição? _____
Se sim, qual foi a deliberação? _____

Você recebe algum tipo de assistência do estado ou país? SIM NÃO

I. Renda familiar

Coloque o valor da sua renda mensal vinda de todas as fontes. Você poderá ser solicitado a apresentar comprovação de renda, bens e despesas. Caso você não tenha renda, apresente uma carta da pessoa que provê sua moradia e alimentação.

	Valor mensal
Emprego	_____
Benefícios de aposentadoria/pensão	_____
Benefícios de seguro social	_____
Benefícios de assistência pública	_____
Benefícios por deficiência	_____
Benefícios por desemprego	_____
Benefícios para veteranos	_____
Pensão alimentícia	_____
Receita de aluguel	_____
Benefícios de greve	_____
Benefícios para militares	_____
Agricultor ou autônomo	_____
Outra fonte de renda	_____
	Total _____

II. Valor líquido dos bens

	Saldo atual
Conta corrente	_____
Conta-poupança	_____
Ações, bonds, CD ou mercado monetário	_____
Outras contas	_____
	Total _____

III. Outros bens
 Caso você possua algum destes itens, coloque o tipo e valor aproximado.

Moradia	Saldo do empréstimo _____	Valor aproximado _____
Automóvel	Marca ____ Ano ____	Valor aproximado _____
Veículo adicional	Marca ____ Ano ____	Valor aproximado _____
Veículo adicional	Marca ____ Ano ____	Valor aproximado _____
Outra propriedade		Valor aproximado _____
		Total _____

IV. Despesas mensais

	Valor
Aluguel ou financiamento	_____
Utilidades	_____
Pagamentos do automóvel)	_____
Cartão(ões) de crédito	_____
Seguro do automóvel	_____
Plano de saúde	_____
Outras despesas com saúde	_____
Outras despesas	_____
Você tem outras contas médicas não pagas?	SIM NÃO
Por que serviço?	_____
Você organizou algum plano de pagamento? Quais são os pagamentos mensais?	_____

Para elegibilidade na Assistência à dificuldade econômica médica:

Renda familiar dos doze (12) meses antes da data desta inscrição:

Dívida médica incorrida no Johns Hopkins (sem incluir cosseguro, copagamento ou despesas dedutíveis) pelos doze (12) meses antes da data desta inscrição:

Data do serviço	Valor devido

Para elegibilidade na Assistência Financeira Presumida (PE):

1. Qual a idade do paciente? _____
2. Gestante? Sim ou Não
3. O paciente tem filhos com menos de 21 anos de idade morando na casa? Sim ou Não
4. O paciente é cego ou potencialmente incapacitado por 12 meses ou mais por trabalho remunerado? Sim ou Não
5. Atualmente, o paciente recebe os benefícios de SSI (Renda de Segurança Complementar) ou SSDI (Seguro de Invalidez da Previdência Social)? Sim ou Não
6. O total do paciente (e, se casado, o cônjuge) de todas as contas bancárias e bens convertidos em dinheiro não excede os valores a seguir? Sim ou Não

Tamanho da família:

Individual: \$ 2.500,00

Duas pessoas: \$ 3.000,00

Para cada membro da família adicional, somar \$ 100,00.

(Exemplo: para uma família de quatro pessoas, se o total líquido dos bens for menor do que \$ 3.200,00, você deve responder SIM.)

7. O paciente é residente do Estado de Maryland? Sim ou Não
Se não for residente de Maryland, em que estado reside? _____
8. O paciente está desabrigado? Sim ou Não
9. O paciente participa do WIC (Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres e Crianças)? Sim ou Não
10. As crianças da família estão no programa alimentar livre ou reduzido? Sim ou Não
11. A família participa do programa de assistência de energia para baixa renda? Sim ou Não
12. O paciente participa do SNAP/Food Stamps (Programa de Assistência Nutricional Suplementar)? Sim ou Não
13. O paciente participa do Healthy Howard, Chase Brexton? Sim ou Não
14. O paciente foi encaminhado ao SH via Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access ou Proyecto Salud? Sim ou Não
15. Atualmente, o paciente tem:
Medical Assistance Pharmacy (Farmácia de Assistência Médica) Sim ou Não
Apenas QMB/SLMB (Beneficiário Medicare Qualificado/Beneficiário Medicare Especificado de Baixa Renda) Sim ou Não
16. O paciente está empregado? Sim ou Não
Caso não esteja, indique a data em que ficou desempregado. _____
Elegível para a cobertura do plano de saúde COBRA? Sim ou Não

Todos os documentos enviados tornam-se parte desta inscrição.

Caso solicite extensão da assistência financeira, o JHM poderá solicitar mais informações para realizar uma deliberação complementar. Ao assinar este formulário, você certifica que as informações apresentadas são verdadeiras e concorda em notificar o JHM sobre quaisquer alterações nas informações apresentadas dentro de dez dias da alteração. Todas as informações enviadas na inscrição são verdadeiras e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do requerente

Data

Relacionamento com o paciente