



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Pessoal e confidencial

Fiador:

Número do processo:

Pacientes incluídos no processo:

Prezado

Obrigado por escolher o [St. Peter's Health Partners](#) 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 9:00 às 17:00 Horário da costa leste. Após a saudação, selecione 1 e, em seguida, selecione 2 para entrar em contato com um representante. Informe o idioma de que precisa e chamaremos um intérprete.

Atenciosamente,

Serviços financeiros para pacientes da Trinity Health Enterprise

Em nome de St. Peter's Health Partners

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Nome do paciente (preencha as informações que se aplicam)		
Nome do paciente (Nome, sobrenome)		Data de nascimento (dd/mm/aaaa)
Telefone de contato		
Endereço	Nº do departamento/unidade	
Cidade	Estado	CEP
Nome do pai/responsável ou representante legal (se o paciente for menor de idade ou adulto incapacitado)		
E-mail		
Nome completo	Relação	Renda bruta total (atual)

O hospital pode solicitar que você apresente documentação como comprovante de renda. Exemplos de documentação podem incluir um holerite, uma carta do seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Status do plano de saúde

Você tem algum tipo de plano de saúde, incluindo Medicaid, Medicare ou seguro privado por meio de seu empregador ou adquirido por conta própria? Sim Não

\$

Se você respondeu "Não", gostaria de receber ajuda para se inscrever em algum desses programas? Sim Não

Pacientes com plano insuficiente: pessoas com plano e despesas médicas elevadas. Se você tiver plano de saúde, forneça uma estimativa das contas médicas que você pagou nos últimos 12 meses.

O hospital pode solicitar que você apresente documentação como prova das despesas médicas pagas.

Paciente/parte responsável: Se não for o paciente, liste o nome da pessoa que está assinando o formulário e sua autoridade para assinar em nome do paciente (por exemplo, cônjuge, pai ou mãe, representante

Entendo que as informações que envio podem estar sujeitas à verificação de fontes externas. Certifico que as informações são verdadeiras e completas, de acordo com meu conhecimento.

Nome em letra de forma

Data

Relação com o paciente

Assinatura

Envie a sua solicitação pelo correio para o endereço acima, envie 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 a nossa Central de atendimento ao cliente pelo telefone 800-494-5797, de

Elegibilidade e diretrizes mínimas



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Cronograma da solicitação, direitos do paciente e confidencialidade

Você pode solicitar assistência financeira a qualquer momento durante o processo de cobrança.

- Você não precisa fazer nenhum pagamento a esse hospital até receber uma decisão sobre sua solicitação de assistência financeira. Os hospitais não podem encaminhar cobranças enquanto sua solicitação estiver pendente.
- Se a assistência financeira lhe for negada, você tem o direito de recorrer. As informações sobre como fazer isso serão incluídas no aviso recebido do hospital. Você tem o direito de recorrer do valor de sua assistência financeira. O hospital incluirá informações sobre como recorrer em sua carta de decisão.
- Os hospitais não podem enviar contas não pagas a uma agência de cobrança por pelo menos 180 dias após o vencimento da sua primeira conta.
- Os hospitais estão proibidos de tomar medidas legais, inclusive entrar com ações judiciais, para recuperar despesas médicas não pagas de pacientes abaixo de 400% do nível federal da pobreza. As diretrizes de pobreza podem ser encontradas aqui: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Todas as informações fornecidas nesta solicitação serão usadas pelo hospital apenas para determinar sua elegibilidade para assistência financeira e permanecerão confidenciais até o limite permitido por lei.
- O hospital não pode lhe negar serviços médicos necessários porque você tem uma conta médica pendente.
- Se precisar de ajuda com esta solicitação, entre em contato com o escritório de assistência financeira do (NOME DO HOSPITAL) pelo telefone (NÚMERO DE TELEFONE).
- Se precisar de assistência adicional com essa solicitação ou de ajuda para recorrer de uma decisão, você pode entrar em contato com o Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidade

Nada limita a capacidade de um hospital de estabelecer a elegibilidade do paciente para descontos de pagamento em níveis de renda mais altos do que os especificados abaixo e/ou de fornecer descontos de pagamento maiores para pacientes elegíveis do que os exigidos pela Lei de Saúde Pública. Além disso, o status de imigração não deve ser um critério de elegibilidade para fins de determinação da assistência financeira.

Os seguintes indivíduos são elegíveis:

Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Indivíduos de baixa renda sem plano de saúde; ou

- indivíduos com plano insuficiente (despesas médicas acumuladas nos últimos doze meses que totalizem mais de 10% da renda anual bruta do indivíduo); ou
- aqueles que esgotaram seus benefícios do plano de saúde e que podem demonstrar incapacidade de pagar os encargos totais; ou
- a critério do hospital, os indivíduos que demonstrarem incapacidade de pagar sua coparticipação e/ou franquia poderão solicitar um pagamento reduzido ou com desconto.

Indivíduos em até 400% do nível federal de pobreza são elegíveis para assistência financeira.

Nível federal de pobreza (2026)

Tamanho da residência	200%	300%	400%
1 pessoa	US\$ 31.920	US\$ 47.880	US\$ 63.840
2 pessoas	US\$ 43.280	US\$ 64.920	US\$ 86.560
3 pessoas	US\$ 54.640	US\$ 81.960	US\$ 109.280
4 pessoas	US\$ 66.000	US\$ 99.000	US\$ 132.000
5 pessoas	US\$ 77.360	US\$ 116.040	US\$ 154.720
6 pessoas	US\$ 88.720	US\$ 133.080	US\$ 177.440
7 pessoas	US\$ 100.080	US\$ 150.120	US\$ 200.160

Atualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taxas mínimas de desconto



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Se você se qualificar para assistência financeira, suas cobranças serão reduzidas de acordo com sua renda em uma escala móvel de taxas, como segue:

Nível de renda	Pagamento
Abaixo de 200% do FPL (Nível federal da pobreza)	Isenção de todas as cobranças
200% - 300% FPL	Pacientes sem plano: Escala móvel de até 10% do valor que teria sido pago pelo(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes com plano insuficiente: Até um máximo de 10% do valor que teria sido pago de acordo com o compartilhamento de custos do seguro do paciente.
301% - 400% FPL	Pacientes sem plano: Escala móvel de até 20% do valor que teria sido pago pelo(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes com plano insuficiente: Até um máximo de 20% do valor que teria sido pago de acordo com o compartilhamento de custos do seguro do paciente.

Os hospitais podem optar por oferecer descontos maiores para pacientes qualificados e/ou oferecer descontos de pagamento para pacientes com níveis de renda mais altos.

Planos de parcelamento

Os planos de parcelamento estão disponíveis para pacientes que não podem pagar a taxa reduzida de uma só vez. Os pagamentos mensais não podem exceder 5% de sua renda mensal bruta e a taxa de juros cobrada do paciente sobre o saldo não pago, se houver, não deve exceder 2%.

Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Solicitação de comprovante de renda familiar

Inclua as informações de renda do paciente, de seu cônjuge e de quaisquer dependentes (como filhos). Por exemplo, isso incluiria todos na mesma declaração de imposto de renda (declarante, cônjuge e dependentes fiscais) no cálculo da renda familiar.

A seguir, uma lista de documentos que você pode usar para comprovar a sua renda. Não é necessário fornecer todos esses documentos. Você também pode fornecer uma declaração de ausência de renda familiar se você não tiver renda.

Você também pode fornecer a página de determinação de elegibilidade do NY State of Health Marketplace. Se você tiver esse documento, não precisará fornecer ao hospital nenhuma outra informação de renda listada abaixo.

Se a família recebe:	Valor mensal:	O solicitante pode fornecer:
Salários	US\$	Forneça um comprovante de pagamento ou uma carta do empregador em papel timbrado da empresa, assinada e datada, ou a declaração de imposto de renda mais recente
Pagamento do Seguro Social	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, ou correspondência da Administração do Seguro Social dos EUA, ou carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia da sua carta de benefício do Seguro Social, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov .
Indenização por desemprego	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, ou extrato mensal do benefício do Departamento do Trabalho do NYS, ou cópia do cartão de pagamento direto com impressão, ou correspondência do Departamento do Trabalho do NYS, ou impressão das informações da conta do beneficiário no site do Departamento do Trabalho do NYS (www.labor.state.ny.us).
Pagamento por invalidez	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, ou correspondência da Administração do Seguro Social, ou cópia da carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefício, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov .
Compensação para trabalhadores	US\$	Cópia da carta de premiação ou do canhoto do cheque



Solicitação de assistência financeira hospitalar uniforme da NYS

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

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar as suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver acabado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Esse formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York. Forneceremos um intérprete, sem custo para você, para que possamos coletar as informações necessárias em inglês.

Pensão alimentícia/apoio aos filhos	US\$	Cópia de ordem judicial ou 3 meses de cheques/recibos descontados.
Dividendos/juros	US\$	Extratos de dividendos trimestrais ou extratos de um mês.
Outros	US\$	Carta informando o valor dos ganhos não salariais (se houver), como renda de aluguel, dinheiro de diária trabalhada, etc.
Sem renda	US\$	Declaração assinada de ausência de renda