

DEPARTAMENTO FINANCEIRO



Johns Hopkins Medicine
Inscrição para assistência financeira

Formulários a serem incluídos:

Inscrição para assistência financeira (incluído)

Documentos a serem incluídos:

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 de situação de emprego.
3. Cópia da carta de aprovação do Seguro Social do ano corrente (se aplicável).
4. Cópia da resposta à consulta da Assistência médica ou Seguro Social.
5. Comprovante das despesas mensais, como registrado na sua inscrição, como cópia das contas de telefone, contas de energia elétrica/gás/água ou pagamento de aluguel/financiamento.
6. Cópias das despesas médicas não pagas.
7. Cópia de todos os cartões de plano de saúde.
8. Comprovante de residência, como uma carteira de identificação, carteira de habilitação, certidão de nascimento ou status legal de residente permanente (green card).
9. Se aplicável, a declaração de impostos concluída dos pacientes autônomos (incluindo lucros ou prejuízos).
10. Se aplicável, carta autenticada de suporte à renda zero escrita pela pessoa que fornece o suporte financeiro.

ENDEREÇO DE ENVIO:

Johns Hopkins Hospital
3910 Keswick Road, Suite S-5100
A/C: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

E-MAIL: FinancialAssistance@jhmi.edu

TELEFONE: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Inscrição para assistência
financeira**

Suas informações

Nome:

Primeiro

Do meio

Último (sobrenome)

Número do Seguro Social - -

Estado civil: Solteiro Casado

Separado Cidadão dos EUA SIM NÃO

Residente permanente: SIM NÃO

Endereço residencial:

Telefone

Cidade

Estado

Código postal

País

Nome do empregador:
trabalho:

Telefone

Endereço de

Cida

Estado

Código postal

de Membros da casa:

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

VOCE

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

Idade

Vínculo

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	_____
Benefício de aposentadoria/pensão	_____
Benefício de seguro social	_____
Benefício de assistência pública	_____
Benefício por incapacidade	_____
Benefício por desemprego	_____
Benefício de pensão para veteranos	_____
Pensão	_____
Renda de aluguel de propriedade	_____
Benefício por greve	_____
Benefícios militares	_____
Agricultor ou autônomo	_____
Outra fonte de renda	_____
Total	_____

II Ativos líquidos

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

III Outros ativos

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

Morada	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
			Valor total _____
Aluguel ou financiamento			_____
Utilidades			_____
Pagamento(s) do carro			_____
Cartão(ões) de crédito			_____
Seguro do automóvel			_____
Plano de saúde			_____
Outras despesas com saúde			_____
Outras despesas			_____
Você tem outras contas médicas não pagas? Por que serviço?	SIM	NÃO	_____

Você organizou algum plano de pagamento? Quais são os pagamentos mensais?

Para elegibilidade na Assistência à dificuldade financeira 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 ou 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 adicional da família, 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.) Sim ou Não
7. O paciente é residente do Estado de Maryland?
Se não for residente de Maryland, em que estado reside? Sim ou Não
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 pela 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) Apenas QMB/SLMB (Beneficiário Medicare Qualificado/Beneficiário Medicare Especificado de Baixa Renda) Sim ou Não
16. O paciente está empregado? _____
Caso não esteja, indique a data em que ficou desempregado. Sim ou Não
Elegível para a cobertura do plano de saúde COBRA?

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

