

## Candidatura à Assistência Financeira

Selecione o local para os serviços (selecione todas as opções aplicáveis)

 Central Vermont Medical Center     
  Porter Medical Center     
  UVM Medical Center

## Informações do Chefe de Família / Fiador Financeiro

Chefe de Família

|                    |                         |                   |                    |
|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|
| Data de nascimento | N° da seguridade social | Situação conjugal | Número de telefone |
| Endereço           |                         | Cidade            | Estado      CEP    |

## Membros da residência

Liste todos os membros da família que moram em sua residência, incluindo o(a) parceiro(a) doméstico. Parceiro doméstico significa uma pessoa que mora com você em um relacionamento de compromisso. O conceito de parceiro não inclui um colega de quarto.

| Nome | Data de nascimento | N° da seguridade social | Relacionamento |
|------|--------------------|-------------------------|----------------|
|      |                    |                         |                |
|      |                    |                         |                |
|      |                    |                         |                |
|      |                    |                         |                |
|      |                    |                         |                |
|      |                    |                         |                |

## Informações adicionais

|   |   |
|---|---|
| Você está coberto por alguma política de seguro de saúde? Caso afirmativo, forneça as informações abaixo: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Nome da empresa seguradora:   | ID:   |
| Você se inscreveu para cobertura pela Vermont ou New York Medicaid?                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Você se inscreveu para cobertura com a Vermont ou New York Health Exchange?                               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Você mora, trabalha ou estuda em Vermont?   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

## Despesas Mensais

Nós usamos essas informações para compreender melhor sua situação financeira

|                                  |       |                                |       |
|----------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| Aluguel ou hipoteca              | US\$: | Medicamentos                   | US\$: |
| Imposto predial                  | US\$: | Seguro de saúde                | US\$: |
| Serviços públicos (água/energia) | US\$: | Faturas de serviços de saúde   | US\$: |
| Automóvel (pagamento veicular)   | US\$: | Seguro (automóvel/propriedade) | US\$: |
| Cuidado infantil                 | US\$: | Pensão/Suporte infantil        | US\$: |
| Moradia (alimento/gás)           | US\$: | Outro                          | US\$: |

Continue sua candidatura no verso

## Emprego

|  | Chefe de Família/Fiador Financeiro | Cônjuge/Parceiro Doméstico |
|--|------------------------------------|----------------------------|
| Empregador ou circule se:<br>(aposentado/estudante/desempregado) |                                    |                            |

## Renda Mensal

|                                      |       |       |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Remuneração bruta                    | US\$: | US\$: |
| Renda de trabalho autônomo           | US\$: | US\$: |
| Seguridade social                    | US\$: | US\$: |
| Distribuição de aposentadoria/pensão | US\$: | US\$: |
| Incapacidade (exceto VA)             | US\$: | US\$: |
| Desemprego                           | US\$: | US\$: |
| Renda de locação                     | US\$: | US\$: |
| Renda de dividendos                  | US\$: | US\$: |
| Outra renda:                         | US\$: | US\$: |

## Ativos Líquidos Dinheiro / Poupança/Investimentos

|                               | Chefe de Família/Fiador Financeiro | Cônjuge/Parceiro Doméstico |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Conta corrente                | US\$:                              | US\$:                      |
| Poupança                      | US\$:                              | US\$:                      |
| CD                            | US\$:                              | US\$:                      |
| Ações/Fundos de investimento  | US\$:                              | US\$:                      |
| Títulos                       | US\$:                              | US\$:                      |
| Anuidades (se líquida)        | US\$:                              | US\$:                      |
| Mercado monetário             | US\$:                              | US\$:                      |
| Conta fiduciária (se líquida) | US\$:                              | US\$:                      |
| Outro:                        | US\$:                              | US\$:                      |

## Propriedades adicionais (não incluir sua residência principal)

|                                    | Valor | Saldo de hipoteca |
|------------------------------------|-------|-------------------|
| Local de férias/segunda residência | US\$: | US\$:             |
| Terreno                            | US\$: | US\$:             |
| Propriedade de locação             | US\$: | US\$:             |

Inclua quaisquer outras informações desejadas sobre sua situação financeira atual. Exemplo: dificuldade para pagar contas, aluguel ou alimentos.

Conclua e assine sua candidatura na próxima página

## Checklist de Documentação

Envie por correspondência sua candidatura preenchida, junto com a documentação de suporte para nossos Programas de Assistência Financeira no hospital em que você recebe os serviços de saúde. A qualificação para a assistência se baseia em uma série de critérios, incluindo teste de renda e avaliação de ativos. Para processar sua candidatura, apresente a documentação adequada listada abaixo para suporte a suas necessidades financeiras.

### Renda:

- Declaração de imposto de renda federal mais recente
- Em vez da declaração de imposto de renda federal, você pode enviar as alternativas listadas abaixo:
  - Empregado/Autônomo:
    - Dois extratos mais recentes de rendas consecutivas (holerites)
    - Verificação de renda por escrito de um empregador (se pago em dinheiro)
    - Confirmação por escrito de contrato de trabalhador migrante
    - Confirmação por escrito da Open-Door Clinic
  - Seguridade social: Declaração 1099-SSA mais recente ou carta de verificação de benefícios anuais atual
  - Distribuição de aposentadoria/pensão: Declaração 1099-R mais recente ou declaração de benefícios atual
  - Desemprego: Declaração de benefício atual
  - Renda de locação: Declaração de lucros e perdas desde o início do ano, caso a propriedade não esteja incluída nos ativos
  - Documentação de assistência pública (ex.: Medicaid, vale-alimentação etc.)

### Ativos Líquidos:

- Declaração atual de seu instituto financeiro para:
  - Conta corrente e poupança
  - Certificado de depósito (CD)
  - Ações/Fundos de investimento/Títulos/Mercado monetário
  - Anuidades, se líquida
  - Propriedade de locação (se a renda de locação não estiver incluída em sua declaração de imposto de renda federal)

## Leia com atenção

Eu estou solicitando assistência financeira dos parceiros da University of Vermont Health Network. Eu confirmo que todas as informações que forneci são precisas e completas. A University of Vermont Health Network tem minha permissão para realizar uma verificação de informações pertinentes e trocar informações sobre minhas contas, candidatura e documentação de suporte junto a seus prestadores afiliados. Qualquer informações incorreta, incompleta ou falsa fornecida poderá cancelar minha candidatura para assistência financeira. Eu concordo em reembolsar a concessão de assistência financeira integralmente se eu receber pagamento de qualquer espécie para os serviços médicos cobertos por esta candidatura por assistência financeira. Todas as informações fornecidas serão mantidas confidenciais, de acordo com as disposições das normas federais da HIPAA.

| Assinatura do Chefe de Família/Fiador Financeiro | Data     |
|--|----------|
| <br><br>   | <br><br> |

Envie sua candidatura preenchida por correspondência para o endereço abaixo. Lembre-se de anexar a documentação exigida para a candidatura.

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401