

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	Nº 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	Nº da seguridade social	Relacionamento

Informações adicionais

Você está coberto por alguma política de seguro de saúde? Caso afirmativo, forneça as informações abaixo:

 Sim 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:
(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
- Fatura de imposto predial do ano atual para propriedade secundária (não incluir sua residência principal)
 - Casa de férias/Segunda residência, incluindo a declaração de hipoteca atual, se aplicável
 - Terreno, incluindo extrato de empréstimo, se aplicável
 - 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

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