



CANDIDATURA A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Telefone: 417-269-0523 Springfield ou 417-348-8930 Branson ou 417-354-1118 Monett
Endereço de correio eletrónico: Admissões – FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Importante: PODERÁ SER ELEGÍVEL PARA RECEBER CUIDADOS COM DESCONTO. Ao preencher esta candidatura ajudará a CoxHealth a determinar se pode receber serviços com desconto ou se é elegível para outros programas públicos que podem ajudar a pagar os seus cuidados de saúde.

SE NÃO POSSUI SEGURO, NÃO É NECESSÁRIO UM NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL PARA CANDIDATAR-SE A CUIDADOS COM DESCONTO. No entanto, é necessário o Número de Segurança Social para alguns programas públicos, incluindo o Medicaid. Não é necessário fornecer um Número de Segurança Social, mas tal ajudará o hospital a determinar se se pode candidatar a quaisquer programas públicos.

Por favor preencha este formulário e entregue-o pessoalmente no hospital ou envie-o por correio para:

CoxHealth	Centro Médico Cox de Branson	Hospital Cox de Monett	Hospital Cox de Barton County
Ao cuidado de: Conselheiros Financeiros	Ao cuidado de: Conselheiros Financeiros	Ao cuidado de: Conselheiros Financeiros	Ao cuidado de: Conselheiros Financeiros
1423 N. Jefferson Ave.	P O Box 650	801 N. Lincoln Ave.	29 NW 1st Lane
Springfield, MO 65802	Branson, MO 65615	Monett, MO 65708	Lamar, MO 64759
Fax 417-269-0518	Fax 417-335-7071	Fax 417-354-1185	Fax 417-681-5266

ou por correio eletrónico para Admissões - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com, para se candidatar a cuidados com desconto no prazo de 240 dias após a data de faturação inicial.

O paciente reconhece que ele(a) envidou esforços de boa-fé para fornecer a informação solicitada no formulário, com o intuito de ajudar o hospital a determinar se o paciente é elegível para assistência financeira.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do Paciente	Data de Nascimento	Número de Segurança Social do Paciente (Opcional e não obrigatório)
Paciente		Pessoa Responsável pela Fatura
Residente no Missouri no tempo de serviço? Sim ___ Não ___		Nome
Rua		Rua
Cidade, Código postal do Estado		Cidade, Código postal do Estado
Telefone: ()		Telefone: ()
Endereço de correio eletrónico:		Endereço de correio eletrónico:

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Entidade empregadora do Paciente	Entidade empregadora do(a) Esposo(a)/Parceiro(a)/Tutor(a)
Rua	Rua
Cidade, Código postal do Estado	Cidade, Código postal do Estado
Telefone: ()	Telefone: ()

OUTRAS INFORMAÇÕES

1. O paciente esteve envolvido num acidente que resultou na necessidade de serviços?	Sim ___ Não ___
2. O paciente foi vítima de um crime que resultou na necessidade de serviços?	Sim ___ Não ___
3. Número de pessoas do agregado familiar e/ou agregado doméstico?	
4. Número de pessoas que são dependentes* do paciente?	
5. Quais são as idades dos dependentes* do paciente?	
6. Aquando do tempo do serviço ou posteriormente, o paciente estava/está divorciado ou separado ou envolvido num processo de dissolução conjugal?	Sim ___ Não ___
7. Aquando do tempo do serviço ou posteriormente, o paciente foi/é dependente de um progenitor divorciado ou separado ou envolvido num processo de dissolução conjugal?	Sim ___ Não ___
8. Em caso afirmativo à questão 6 ou 7, quem é o responsável pelos cuidados médicos do paciente de acordo com o acordo ou decisão de divórcio ou separação?	
Nome: _____	Grau de relacionamento: _____
Morada: _____	Cidade, Estado, Código postal: _____
Telefone: (____) _____	

*Dependente significa um menor ou qualquer pessoa que se encontre listada como um dependente na declaração de impostos federal de uma outra pessoa .

FAÇA UMA LISTA DAS COBERTURAS DE SEGUROS QUE SE ENCONTREM RELACIONADAS COM O SERVIÇO RECEBIDO NA SECÇÃO ABAIXO			
Tipo de Seguro	Nome da Seguradora	Número da Apólice	Número do Grupo
Seguro de Saúde			
Medicare			
Suplemento Medicare			
Medicaid			
Benefícios de Veteranos			
RENDIMENTO MENSAL E DESPESAS			
Anexo os seguintes documentos como Prova de Rendimento:			
A. Declaração de impostos Federal mais recente		B. Formulário W-2 mais recente e formulários 1099	
C. os dois (2) recibos de pagamento mais recentes numerário – caso contrário declaração de impostos ou W-2		D. Comprovativo escrito de rendimento de uma entidade empregadora, caso seja pago em	
E. Comprovativo de não-preenchimento (Formulário IRS 4506)			
**	Paciente	Esposo(a)/Parceiro(a)	Pais/Tutor(a)
Salários Brutos Mensais			
Rendimento de Trabalho Independente			
Segurança Social			
Invalidez da Segurança Social			
Invalidez Particular			
Invalidez de Veteranos			
Pensão de Veteranos			
Desemprego			
Indemnização a Trabalhadores			
Rendimento de Reforma			
Abono de Família			
Pensão ou Outra Obrigação Alimentar a Cônjuges			
Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (ATFN)			
Outros, Listar			
DESPESAS	DESPESAS MENSAIS		
Habitação			
Serviços (por exemplo Telefone, Gás, Eletricidade, Água)			
Comida			
Cuidados Infantis			
Transportes			
Despesas Médicas			
Outras despesas			
** A tabela acima é opcional caso esteja a candidatar-se a assistência exclusivamente relacionada com serviço de ambulatório.			
Rede de Saúde do Missouri, Medicaid ou Confirmação de Candidatura a Mercado			
Caso se tenha candidatado à Rede de Saúde do Missouri, Medicaid ou Mercado e ainda não tenha recebido a decisão, por favor indique abaixo a data e condado de candidatura. Por favor ignore caso esteja a enviar a sua carta de recusa juntamente com a sua candidatura.			
Data de Candidatura		Condado de Candidatura	
ANEXE OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES RELATIVAS À SITUAÇÃO FINANCEIRA			
CERTIFICAÇÃO: Certifico que as informações constantes nesta candidatura são verdadeiras e corretas tanto quanto é do meu conhecimento. Candidatar-me-ei a qualquer assistência estatal, federal ou local para a qual possa ser elegível com o intuito de ajudar a pagar esta fatura hospitalar. Compreendo que as informações fornecidas possam ser verificadas pela CoxHealth e autorizo-a a contactar terceiros com o intuito de verificar a exatidão das informações fornecidas nesta candidatura. Compreendo que caso esteja a fornecer de forma consciente informações falsas nesta candidatura, serei inelegível para Assistência Financeira, qualquer Assistência Financeira atribuída poderá ser retirada e serei responsável pelo pagamento da(s) fatura(s).			
Assinatura do Paciente/Parte Responsável:		Data:	