



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

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

Pessoal e confidencial

Avalista:

Nº do caso:

Pacientes incluídos no caso:

Obrigado por escolher a Trinity Health Michigan 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 9h às 17h, horário da Costa Leste.

Atenciosamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
Em nome de Trinity Health Michigan
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

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

Preencha e assine o formulário de inscrição e devolva-o em até 10 dias, incluindo cópias dos seguintes documentos:

Verificações obrigatórias

- Comprovante de renda bruta do último mês
- Extratos bancários completos de todas as contas bancárias dos dois meses anteriores, com todas as páginas incluídas (explicação para depósitos recorrentes)
- Declarações de imposto de renda recentes (formulário 1040 com Anexo C, E ou F) ou Demonstrações de lucros e perdas de três meses (para autônomos/dependentes)

Forneça o seguinte, se aplicável

- W2 recente para renda sazonal
- Benefício de desemprego/ Carta de rejeição
- Renda de pensão alimentícia/separação
- Sem renda - Preencha a parte da solicitação referente à carta de apoio financeiro

Dados do paciente

Nome do paciente		Data de nascimento	
Número do seguro social/EIN (opcional)	Celular	Outro telefone	
Endereço para correspondências	Cidade [City]	Estado	CEP
E-mail [Email Address]	Em qual estado você reside?		
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro _____			
Você preenche uma declaração de imposto de renda federal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, por quê?	Você pode ser declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você ou seus dependentes tinham cobertura de seguro de saúde no momento do atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Fornecer cópia da carteirinha de seguro)			
Você é um residente documentado dos Estados Unidos? (opcional) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prefiro não responder			



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

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

Membros da família, inclusive você, com base em suas declarações de imposto de renda recentes	Data de nascimento	Relação com o paciente	Declarado na declaração de imposto de renda (Sim/Não)

Verificação de renda de todos os membros da família [Income

Fonte de renda mensal	Quem recebe isso?	Renda mensal bruta (antes dos impostos)	Fonte de renda mensal	Quem recebe isso?	Renda mensal bruta (antes dos impostos) [
Remunerações			Indenização de acidente de trabalho		
Seguro social/Incapacidade			Desemprego		
Pensão			Pensão alimentícia/Separação		
Trabalho autônomo			Renda de aluguel de terrenos		
Assistência pública			Outros		

Carta de apoio financeiro – Deve ser preenchida apenas pela pessoa que está fornecendo o apoio



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

SOLICITAÇÃO CONFIDENCIAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

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

- Presto apoio para mais de 50% das despesas de subsistência do paciente, mas não posso ajudar com as contas médicas.
- Ao assinar esta carta, confirmo que a declaração acima está correta e que não serei de forma alguma responsabilizado pelas contas do paciente. Em caso de dúvidas, entre em contato comigo em _____ (Telefone)

Nome da pessoa que está prestando apoio	Relacionamento com o paciente
Assinatura do prestador de apoio	Data

VERIFICAÇÃO DE RENDA E IDENTIFICAÇÃO [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

Certifico que as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e completas, de acordo com meu conhecimento. Entendo que as informações fornecidas estão sujeitas a verificação. Serei responsável pelo reembolso de quaisquer serviços prestados nas afiliadas do Trinity Health se as informações acima forem fornecidas sob falsos pretextos.

Assinatura do paciente [Signature of Patient]: _____ Data : _____

Ou assinatura do responsável legal (se aplicável): _____ Data : _____

Relação com o paciente : _____ Data : _____

Envie sua solicitação para o endereço acima, 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 o nosso Centro de Atendimento ao Cliente pelo telefone 800-494-5797, de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h horário da Costa Leste.