



Assistência Médica

Instruções de preenchimento da Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos

A Lamprey Health Care oferece um programa de desconto por taxa reduzida para ajudar pacientes a obter serviços de saúde quando eles não puderem pagar pelos mesmos. O programa de desconto por escala de taxa reduzida é aplicado à maioria dos serviços que oferecemos. O programa oferece descontos para pacientes elegíveis de acordo com sua renda.

Para determinar se um paciente está qualificado a participar do programa, ele/ela precisa completar um formulário de solicitação. Todos os campos do formulário devem ser preenchidos. A solicitação precisa ser datada e assinada. Se a solicitação estiver incompleta, enviaremos um pedido de informações adicionais ao solicitante. O paciente deve nos enviar as informações adicionais dentro de 10 dias ou a solicitação será recusada.

Por favor siga as seguintes instruções:

A solicitação é para um indivíduo ou para toda a família?

O solicitante pode fazer o requerimento somente para ele mesmo ou para toda a família. O tamanho da família e a renda de todos os membros da família devem ser incluídos, a não ser que a solicitação seja apenas para um indivíduo financeiramente independente.

Endereço Residencial - esse é o endereço onde você e sua família residem.

Endereço de Correspondência - esse é o endereço onde o correio entrega sua correspondência.

Residentes do Domicílio - isso significa o chefe de família, cônjuge, filhos e todos os outros dependentes incluídos no imposto de renda mais recente. Se alguma grávida for incluída na solicitação, inclua também o bebê. Se o domicílio for constituído por duas pessoas que não são casadas e tem filhos, todos os dependentes incluídos no imposto de renda de ambos devem ser listados.

Por favor liste todas as pessoas da família que sejam maiores de 18 anos na seção de adultos. Liste todos os menores de 18 anos na seção de crianças.

Se houver alguma grávida, inclua a data prevista do parto.

Por favor liste qualquer indivíduo portador de deficiência.

Por favor nos informe se alguém possuir cobertura de plano de saúde.

A solicitação deve ser assinada e datada antes de ser enviada para avaliação.

Comprovante de renda - Todos os membros da família devem completar a Verificação de Renda. Inclua as duas folhas de pagamento mais recentes para cada emprego. Se você não receber folhas de pagamento, você pode obter um formulário para que seu empregador preencha.

Outras fontes de renda - todas as outras fontes de renda devem ser listadas. Essa seção deve incluir o nome da pessoa que recebe a renda, a fonte de renda, o valor recebido com regularidade e o período de pagamento coberto. Alguns exemplos de outras fontes de renda incluem seguro desemprego, redimento por incapacidade, indenização por acidente de trabalho, seguro social, renda de segurança suplementar (SSI), assistência social (incluindo vale-alimentação do governo, assistência à criança), benefícios para veteranos, benefícios de sobrevivência, pensões ou renda de aposentadoria, dividendos, renda de outros investimentos, renda de alugueis, direitos autorais, rendas de testamentos e sucessões, pensões alimentícias, e qualquer outra renda fora do domicílio familiar e outras fontes diversas.

Por favor inclua comprovante de renda para cada fonte de renda. Comprovantes de renda podem ser folha de pagamento, contra-cheques, uma carta, um extrato bancário mostrando depósitos, ou cópias de cheques. Esta solicitação não será finalizada se você não incluir os comprovantes.

Se você tiver alguma pergunta quanto do preenchimento desta solicitação, por favor ligue para Barbara Williamson (603)-292-7245 ou Sue Marin (603) 883-7194.



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos de acordo com sua renda

Solicitação para: Indivíduo Família Data: _____
Sobrenome: _____ Primeiro Nome: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Telefone: _____

Endereço de correspondência (se diferente do residencial): _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Adultos Residentes do Domicílio (por favor selecione este campo se o indivíduo for paciente da Lamprey)

Nome	Parentesco com o Solicitante:	Data de Nascimento	Sexo	Idioma Primário

Crianças Residentes do Domicílio (por favor selecione este campo se o indivíduo for paciente da Lamprey)

Nome	Parentesco com o Solicitante:	Data de Nascimento	Sexo	Idioma Primário

Há uma grávida no domicílio: Sim No
Data Prevista do Parto: _____

Há pessoa com deficiência no domicílio: Sim No
Nome: _____

Algum residente do domicílio possui plano de saúde ou odontológico? Sim No
Se sim, por favor forneça uma cópia de frente e verso dos cartões do plano.



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos de acordo com a sua renda

Declaração renda (se você não tem nenhuma fonte de renda, por favor complete, caso contrário, vá para a página 2):

Eu, _____, declaro que não tenho nenhuma fonte de renda.

Explique como você paga suas despesas atuais de vida mensal, como aluguel, alimentação, gás, roupas e assistência médica:

Você deve responder a todas as perguntas. Se algum campo não se aplicar a você, escreva N/A no espaço. Você deve assinar e datar sua solicitação antes de enviar. Se você não assinar sua solicitação, seu pedido será negado.

Eu declaro que todas as informações acima são verdadeiras e completas. Eu autorizo a Lamprey Health Care a verificar qualquer informação acima e se disponibilizar das informações acima para prestadores de serviços mútuos e conectados a sua rede. Eu entendo que sou responsável financeiramente por todas as faturas de serviços prestados antes da finalização e aprovação desta solicitação e se minha solicitação for recusada. Eu entendo que a Lamprey Health Care é regulada por políticas e regulamentos estabelecidos pelo governo federal e que a deturpação ou inclusão de informações incorretas nesta solicitação são consideradas ilegais.

(assinatura do solicitante)

(data)

PARA USO EXCLUSIVO DO ESCRITÓRIO:

Date application received: _____

Name of Staff member receiving application: _____

Assistance is granted at _____ % based on calculated household income of \$ _____ and family size of _____.

Assistance is denied due to:

- _____ **Income does not meet eligibility criteria**
- _____ **Missing information requested was not provided within 10 days**
- _____ **Application was not signed**

Notification to patient was mailed on _____
(date)

Signature of employee performing eligibility review: _____



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa Degressiva (Sliding Fee Discount Program - SFDP)

Verificação de Renda

(Por favor preencha os campos seguintes para todos os adultos residentes do domicílio e também para todos os menores que trabalham. Preencha também campos separados para cada empregador se algum residente do domicílio trabalhar em mais de um emprego)

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base Salarial: \$ _____

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

