

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Pedido de Apoio Financeiro**

**Informações sobre o/a Paciente e Família (Utilizar o verso deste formulário para informações adicionais):**

Data: \_\_\_\_\_  
Nome do/a Paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

**Parte ou Partes Financeiramente Responsável(is)**

Relação da Parte ou Partes Financeiramente Responsável(is) com o/a Paciente:

Próprio/a       Pai/Mãe       Cônjuge  
 Filho/a Adulto/a       Irmão/ã       Outra \_\_\_\_\_

**O/A paciente tinha seguro de saúde na data da prestação dos serviços:**

Sim       Não

Em caso afirmativo, por favor anexar cópia do cartão de seguro (frente e verso) e preencher o seguinte:

Nome da Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_  
Apólice n.º: \_\_\_\_\_  
N.º do Grupo: \_\_\_\_\_  
Nome do/a Subscritor/a: \_\_\_\_\_

Listar os membros da família, incluindo o/a paciente, cônjuge, pais e irmãos(ãs) que vivem em casa do paciente:

	Membros da Família	Idade	Relação com o Paciente
1.			
2.			
3.			
4.			

**Rendimentos:** Listar TODOS os rendimentos das partes responsáveis, incluindo salários brutos (antes de impostos), rendimento de rendas, subsídio de desemprego e prestações da Segurança Social, rendimento de pensões, pensão de alimentos a menores, outras pensões de alimentos, etc.:

Membro da Família	Fonte de Rendimento ou Entidade Patronal	Rendimento Mensal
-------------------	--	-------------------

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Pedido de Apoio Financeiro**

1.			
2.			
3.			

Por favor fornecer **cópias** de dois recibos de vencimento consecutivos, cartas de atribuição de prestações ou extractos em apoio a outros rendimentos, e a declaração de impostos mais recente.

**Bens:** Listar activos financeiros, como contas à ordem, contas-poupança, certificados de depósito, valores mobiliários, fundos mútuos). Não incluir planos de poupança reforma nem de compensação diferida:

Instituição Financeira	Tipo de Conta	N.º de Conta	Saldo
1.			
2.			
3.			
4.			

Por favor fornecer **cópias** de um extracto actual para cada conta.

**Despesas Médicas:** Caso tenha despesas médicas com familiares que gostasse que fossem tomadas em conta na determinação do valor que pode pagar, por favor preencha a seguinte informação:

Despesas Hospitalares:

Nome do Estabelecimento	Montante Pago nos Últimos 12 Meses	Montante em Dívida	Nome do/a Paciente
1.			
2.			
3.			

Despesas com Médicos:

Nome do Médico ou Consultório:	Montante Pago nos Últimos 12 Meses	Montante em Dívida	Nome do/a Paciente
1.			
2.			
3.			

Por favor continuar o preenchimento do formulário na página seguinte.

Outras Despesas Médicas:

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Pedido de Apoio Financeiro**

Nome do Prestador	Montante Pago nos Últimos 12 Meses	Montante em Dívida	Nome do/a Paciente
1.			
2.			
3.			

Por favor fornecer **cópias** de todos os extractos que indiquem os montantes ainda em dívida.

**Circunstâncias Financeiras Extraordinárias:** Por favor preencher toda a informação aplicável:

Desemprego:

A Parte Responsável está desempregada

Data em que trabalhou pela última vez:

Prestação da Casa em Atraso:

Morada da Habitação	Arrendada ou Casa Própria	Montante em Atraso (Renda ou Hipoteca e Juros, Impostos sobre Imobiliário e Seguro)

Por favor fornecer **cópias** dos extractos actuais que indiquem os montantes em atraso.

Explicar quaisquer circunstâncias financeiras extraordinárias que a parte responsável gostaria que fossem tomadas em conta na determinação do valor que a mesma pode pagar:

Descrever Outras Circunstâncias Financeiras Extraordinárias	Prestação Mensal	Montante Ainda em Dívida	Montante em Atraso

Por favor continuar o preenchimento do formulário na página seguinte.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Pedido de Apoio Financeiro**

Por favor fornecer **cópias** de qualquer documentação adicional de suporte a outras circunstâncias financeiras extraordinárias que gostaria que fossem tomadas em conta na determinação do valor que pode pagar.

**Outras Partes Responsáveis:** Por favor indicar se existe alguma outra pessoa que não conste da lista acima que seja legalmente responsável pelo pagamento das despesas médicas do/a paciente, como um responsável legal.

Sim, existe outra pessoa que é legalmente responsável pelas despesas médicas do/a paciente.

Não, não existe outra pessoa que seja legalmente responsável pelas despesas médicas do/a paciente.

Em caso afirmativo, por favor preencher o seguinte:

Nome	Morada	Função ou Relação

**Comprovativos de Recusa da Medicaid:** Por favor fornecer cópias das recusas escritas quer da MassHealth (quando o pedido não tiver sido apresentado directamente pelo Mass. Eye and Ear), quer do programa Medicaid no seu estado de residência.

**A parte responsável confirma que tem a obrigação de comunicar ao Mass Eye and Ear quaisquer alterações ou actualizações no seguro.**

**Não enviar documentos originais. Enviar apenas fotocópias. Os originais não serão devolvidos.**

\*\*\*\*\*

**Certificação:** Através da minha assinatura abaixo, certifico que li com atenção este pedido e que tudo o que declarei e toda a documentação que junto em anexo são verdadeiros e estão correctos tanto quanto é do meu conhecimento. **Sei que é ilegal apresentar deliberadamente informações falsas para obter apoio financeiro.**

Assinatura da Parte ou Partes Financeiramente Responsável(is):

---

Data

---

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Pedido de Apoio Financeiro**

Para quaisquer dúvidas relacionadas com este pedido ou com a Política de Apoio financeiro do Massachusetts Eye and Ear Infirmary, queira por favor contactar os nossos Coordenadores Financeiros pelo telefone 617-573-5664 ou por email: FINANCIAL\_COORDINATORS @MEEI.HARVARD.EDU.

Devolver este pedido a:

**Massachusetts Eye and Ear  
243 Charles Street  
Boston, MA 02114-3096  
Attn: Financial Coordinators**