

## Orientação Financeira da MaineHealth

Pedido de Free Care ou de um Plano de Pagamento a Longo Prazo

Venho solicitar: O Free Care  Um Plano de Pagamento a Longo Prazo  Ambos

### Dados do/a Requerente Principal

Nome	Data Nasc.	Nº de Seguro Social (últimos 4 dígitos)
Endereço	Cidade/Estado/Código Postal	Telefone
Estado Civil	Empregador (todos nos últimos 3 meses)	Data do Início do Trabalho e Salário
Seguro (se não tem, escrever "N/A")	Nº da Apólice (caso aplicável)	Data de Vigência

### Dados do Marido/da Esposa/ou do/a Co-Requerente (Somente para Indivíduos Casados ou Parceiros Domésticos Registrados)

Nome	Data Nasc.	Nº de Seguro Social (últimos 4 dígitos)
Telefone	Empregador (todos nos últimos 3 meses)	Data do Início do Trabalho

*No caso do requerente ser casado porém separado do esposo, será necessário apresentar-nos uma cópia da petição de separação judicial ou divórcio.*

### Dependentes (Todo Requerente Menor de 18 Anos que Atualmente Vive com o Requerente Principal)

Nome	Data Nasc.	Relação com Requerente Principal	Nº de Identidade do MaineCare

Continua no verso deste formulário.

**Rendimento do Agregado Familiar dos Últimos 3 Meses**

*O requerente e o seu agregado familiar devem apresentar-nos a declaração de imposto de renda federal completa do ano anterior, ou uma declaração autenticada de ausência de qualquer renda familiar.*

<b>Se o Agregado Familiar Recebe:</b>	<b>Quantidade Mensal:</b>	<b>O Requerente Deve Apresentar-nos:</b>
Salário/remunerações do(s) emprego(s)	\$	Os contracheques/holerites ou algum demonstrativo de pagamento de salário das últimas 13 semanas ou 12 meses, de cada emprego, que contenha(m) o valor do salário bruto E TAMBÉM a declaração de imposto de renda federal completa do ano anterior.
Renda de Trabalho Autônomo / Aluguer	\$	As contas de ganhos e perdas dos últimos 3 meses ou 12 meses E TAMBÉM a declaração de imposto de renda federal completa do ano anterior.
Subsídio de Desemprego, Benefícios por Incapacidade de Curto ou Longo Prazo (STD ou LTD) ou por um Acidente de Trabalho (Workers' Comp Benefits)	\$	O Histórico Semanal de Subsídios que indique a renda bruta das últimas 13 semanas ou 12 meses OU uma discriminação de pagamentos por incapacidade emitida pelo seu empregador.
Seguro Social ou SSDI	\$	A carta de benefícios do ano atual. Para obter uma cópia da sua carta, ligue no 1-877-405-1448 ou visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> . O Formulário 1099 não será aceito.
Benefícios de Aposentadoria ou Pensão	\$	A carta ou uma discriminação de benefícios (401K, IRA, etc.) que indique o valor bruto distribuído. O Formulário 1099 não será aceito.
Assistência Geral ("GA"/General Assistance)	\$	A carta de benefícios da Assistência Geral do mês atual.
Ausência de Renda nos Últimos 3 Meses	\$	Uma declaração autenticada que explique a assistência que você recebe, assinada pela pessoa que lhe fornece tal assistência. Caso você viva de renda passiva deverá apresentar-nos os extratos bancários dos últimos 3 meses.
Pensão Alimentícia Recebida	\$	Uma cópia da ordem judicial OU os cheques descontados/notas fiscais dos últimos 3 meses.
Dividendos/Juros	\$	Uma declaração trimestral de dividendos OU os extratos bancários dos últimos 3 meses.
Outros	\$	Os ganhos da loteria, rendimentos não salariais, dinheiro em espécie em troca de trabalho ocasional, etc dos últimos 3 meses.

**Outros Requisitos de Documentos**

Caso o requerente do Free Care:

- Tenha menos de 21 anos ou mais de 65.
- Seja cego ou deficiente (ou se foi impossibilitado de trabalhar durante o ano passado por algum motivo afim).
- Atualmente esteja grávida ou queira solicitar benefícios para dependentes.

Poderá ser necessário que o requerente solicite os benefícios do MaineCare na unidade local do Department of Health and Human Services. Para dar entrada neste processo, por favor ligue no **1-800-442-6003** ou visite <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

**Observação: Caso você tenha-se candidatado para o MaineCare recentemente, por favor mandar uma cópia da carta de decisão junto com este formulário. A cobertura de uma internação hospitalar requer uma decisão do MaineCare.**

**Plano de Pagamento a Longo Prazo**

**Pagamento mensal solicitado \$ \_\_\_\_\_**

*Para justificar um plano de pagamento a longo prazo, por favor forneça as seguintes informações relacionadas às despesas de casa*

**Por favor listar todas as despesas mensais aplicáveis à casa do requerente:**

<b>Despesa:</b>	<b>Pagamento Mensal:</b>	<b>Despesa:</b>	<b>Pagamento Mensal:</b>
Alojamento (hipoteca/aluguer)	\$	Empréstimo Pessoal/com Crédito Hipotecário	\$
Impostos Prediais	\$	Cuidados Infantis/Crèche	\$
Seguro Residencial/de Aluguer	\$	401K/403B	\$
<b>Serviços:</b>	-	Financiamento de Automóvel	\$
Telefone Celular/Linha Fixa	\$	Seguro Automóvel	\$
Eletricidade	\$	Gasolina para o Automóvel	\$
Água/Esgoto	\$	Alimentos	\$
TV a Cabo/por Satélite	\$	Gastos com Animais de Estimação	\$
Internet	\$	Contas Médicas	\$
Gás/Gasóleo de Aquecimento	\$	Cartões de Crédito	\$

<p><b>Uma vez preenchido, por favor enviar este formulário e quaisquer documentos anexos para:</b></p>	<p><b>MaineHealth Patient Financial Services Attn: Financial Counseling</b> 301 Route 1, Suite C Scarborough, ME 04074-9701</p>	<p>Fax: (207) 661-8042</p>
--	---	----------------------------

***Por favor, não se esqueça de incluir em anexo  
uma cópia dos documentos comprovantes de renda.***

*Afirmo que todas as informações acima fornecidas, mesmo aquelas relacionadas à renda, são verdadeiras e corretas tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo que as informações relacionadas à minha renda anual e ao tamanho do meu agregado familiar estão sujeitas a serem verificadas pela MaineHealth. Caso seja determinada como falsa qualquer informação aqui por mim fornecida, entendo que tal determinação resultará no cancelamento da prestação de serviços como o FreeCare, e que assumirei a responsabilidade pelas despesas decorrentes de quaisquer serviços já prestados.*

**Assinatura do Requerente** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Co-Requerente** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_  
(or Representativo de Paciente)

*Caso tenha dúvidas relacionadas a este formulário, por favor entrar em contato com o nosso equipe de Atendimento ao Consumidor no (207) 887-5100 ou ligue grátis no (866) 804-2499.*