



Saint Agnes Medical Center

Obrigado pelo seu interesse no nosso Programa de Apoio Financeiro. Se você e/ou um membro da sua família se candidatou ao apoio financeiro no Saint Agnes Medical Center nos últimos seis (6) meses, contacte o nosso gabinete através do n.º (559) 450-3145 ou (855) 224-5998 antes de concluir esta candidatura.

Envie a candidatura completa e todos os documentos aplicáveis indicados abaixo num prazo de trinta (30) dias:

Extratos bancários discriminados completos de três (3) meses de todas as contas corrente, contas poupança e/ou de investimento a mostrar os depósitos e os levantamentos. Forneça uma justificação para todos os depósitos. (Obrigatório)

Prova de rendimentos salariais e/ou não salariais conforme documentado abaixo. (Obrigatório)

1. Três (3) recibos de salário recentes seus, do seu cônjuge e de todos os dependentes a indicar a tabela salarial e as horas de trabalho OU
2. A sua declaração de IRS atual ou mais recente e do seu cônjuge OU
3. Declaração de contribuições de família/amigos a indicar como estão a ser pagas as despesas de subsistência E
4. Qualquer um dos seguintes documentos, aplicáveis a si, ao seu cônjuge e a todos os dependentes:
 - A declaração de IRS mais recente, incluindo a declaração de Ganhos/Perdas caso seja trabalhador por conta própria
 - A declaração de IRS mais recente para a confirmação dos dependentes
 - Declaração de subsídio de desemprego
 - Comprovativo de apoio financeiro estudantil
 - Comprovativo de apoio público (por ex.: CalFresh, Medi-Cal, etc.)
 - Comprovativo ou cheque da Segurança Social e/ou de Deficiência
 - Dividendos, juros e rendimentos de qualquer outra fonte (por ex.: rendas, pensão de alimentos, reforma, etc.).

Se não puder fornecer um destes documentos, envie-nos uma carta a indicar as razões pelas quais os documentos não foram enviados.

Envie a candidatura ao apoio financeiro e os documentos complementares para:

**Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331**

Enviado a: _____

Após recebermos uma candidatura completa, o respetivo processamento pode demorar cerca 30 dias. Se tiver alguma dúvida ou pretender obter alguma informação noutra idioma, contacte o nosso gabinete através do número indicado abaixo.

Atentamente,

Atendimento ao Cliente do Saint Agnes Medical Center
(559) 450-3145 ou (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

NOTIFICAÇÃO A INFORMAR OS INDIVÍDUOS ACERCA DA NÃO DISCRIMINAÇÃO E DOS REQUISITOS DE ACESSIBILIDADE

O Saint Agnes Medical Center honra a santidade e a dignidade de cada pessoa, cumpre as leis aplicáveis dos direitos federais do foro civil e não discrimina com base em classes protegidas, incluindo, mas não limitado a, raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou género.

Saint Agnes Medical Center: disponibiliza ajuda e serviços gratuitos a pessoas com deficiências para uma comunicação mais eficaz connosco, como:

- Serviços de linguagem gestual e de intérpretes qualificados através de uma rede de sistema de interpretação em vídeo e áudio.
- Informação escrita noutros formatos, como caracteres grandes, áudio, tecnologia de acessibilidade e outros formatos.

Disponibiliza serviços linguísticos gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, como:

- Serviços de intérpretes qualificados
- Informação escrita noutros idiomas

Se necessitar destes serviços, contacte-nos para (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 para obter ajuda

Se acredita que o Saint Agnes Medical Center falhou ao prestar estes serviços ou discriminou de outra forma com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou género, pode apresentar uma queixa pessoalmente, por correio, fax ou e-mail para:

**Saint Agnes Medical Center,
À atenção de: Risk Management
1303 E. Herndon Ave.,
Fresno, CA 93720
559-450-7475,
E-mail: Information@samc.com**

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos eletronicamente via Web, por correio ou telefone para:

**Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Telephone 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697**



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.) 번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हंद बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Saint Agnes Medical Center

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាគឺធនធានសេរីសម្រាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau
559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se
totoi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe.
E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

CANDIDATURA CONFIDENCIAL PARA OBTER APOIO FINANCEIRO

Os serviços profissionais prestados por médicos afiliados ou outros fornecedores podem ser faturados separadamente. A candidatura ao Apoio Financeiro fica ao critério dos referidos fornecedores de acordo com as respetivas políticas, procedimentos e normas aplicáveis. As informações fornecidas nesta candidatura podem ser disponibilizadas a fornecedores afiliados para auxiliar o paciente. O Saint Agnes Medical Center honra a santidade e a dignidade de cada pessoa, cumpre as leis federais e estatais aplicáveis e não discrimina com base em classes protegidas, incluindo, mas não limitado a, raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou género.

Nome do Paciente	Data de Nascimento		
Morada	Telefone	Telemóvel	
Cidade/Estado/ Código Postal	Número de Identificação da Segurança Social		
Endereço postal (caso seja diferente) ou e-mail se preferir			

Forneça as seguintes informações sobre si (caso não seja o paciente), o cônjuge e os dependentes:

Nome	NISS	Data de Nascimento	Parentesco com o Paciente

Indique todos os números de conta e/ou datas do serviço a serem considerados para o apoio financeiro:

Nome do Paciente	Conta N.º	Data do Serviço	Saldo Médico

Estado no Mercado de Seguros de Saúde

Candidatou-se a algum Seguro?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Se Sim, indique o Nome/ID
Se Sim, candidatou-se através de:			<input type="checkbox"/> Medicaid – Estado <input type="checkbox"/> Health Exchange/Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Outro _____
Foi aprovado para um plano de seguros?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Inscreevou-se e pagou o prémio de um plano de seguros?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

Ativos Monetários

Saldo da Conta Corrente	Banco:	USD
Saldo da Conta Poupança	Banco:	USD

Emprego

Pessoa Empregada	Empregador	Período de Pagamento Bruto	N.º de Períodos de Pagamento	Pagamento Bruto Anual
		USD		USD
		USD		USD
		USD		USD
		USD		USD

Outra Fonte de Rendimentos**Mensal****Anual**

Pensão de Alimentos	USD	USD
Programa de Apoio Público Tipo _____ (por ex.: Dinheiro, Cupões de Alimentação, etc.)	USD	USD
Pagamento de um Plano de Reforma	USD	USD
Segurança Social/Deficiência	USD	USD
Desemprego ou Compensação Proveniente de Seguro Contra Acidentes de Trabalho N.º de Semanas: _____ Data de Início: _____ Data de Fim: _____ Por Semana USD: _____	USD	USD
Outros Rendimentos (Ações/Títulos/Anuidades/Juros/Arrendamento de Imóveis)	USD	USD
Outros Rendimentos (provenientes de família, amigos, igreja, etc.)	USD	USD

VERIFICAÇÃO DE RENDIMENTOS E IDENTIFICAÇÃO

Se necessitarmos de informações adicionais, será notificado(a) por telefone, Serviço Postal dos Estados Unidos ou por e-mail.

Garanto que todas as informações são verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendo que a informação fornecida será verificada e tratada como pessoal e confidencial. Autorizo a divulgação de todas as informações a partir do Departamento de Serviços de Cuidados Médicos da Califórnia.

Compreendo que tenho de fornecer comprovativos de rendimentos, despesas, dependentes, extratos bancários, comprovativos de pagamento e declarações fiscais se aplicável. Também compreendo que serei responsável pelo pagamento de qualquer serviço prestado no Saint Agnes Medical Center se as informações acima forem dadas sob falsos pretextos. Tenho conhecimento de que estou a pedir apoio financeiro apenas ao Saint Agnes Medical Center e não a outros médicos ou fornecedores de cuidados médicos.

ASSINATURA:

DATA:

ASSINATURA DO CÔNJUGE (se aplicável)

DATA: