Pessoal e confidencial

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Avalista**: Guarantor smarttext

**Nº do caso**: smarttext

Pacientes incluídos no caso:

- smarttext patient name(s)

Caro(a) patient name smarttext,

Obrigado por escolher a RHM smarttext 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 RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

|  |
| --- |
| 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 □ Solteiro □ Casado □ Divorciado □ Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Você preenche uma declaração de imposto de renda federal? □ Sim □ Não Se não, por quê?  | Você pode ser declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? □ Sim □ Não |
| Você ou seus dependentes tinham cobertura de seguro de saúde no momento do atendimento? □ Sim □ Não (Fornecer cópia da carteirinha de seguro)  |
| Você é um residente documentado dos Estados Unidos? □ Sim □ Não □ Prefiro não responder |
| 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  |
|

|  |
| --- |
|[ ]  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**](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.**