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.**