

O Jefferson Health oferece assistência financeira para o atendimento médico prestado a indivíduos e famílias qualificados. Com base em suas necessidades financeiras, podem estar disponíveis pagamentos reduzidos ou o Programa Compassionate Care.

Você pode se qualificar para assistência financeira se:

- não tiver seguro de saúde ou tiver um limitado;
- não se qualificar para auxílio governamental (por exemplo, Medicaid);
- puder demonstrar que tem necessidade financeira;
- for residente de Pensilvânia, Nova Jersey ou Delaware;
- fornecer ao Jefferson as informações necessárias sobre suas finanças familiares.

Sobre o processo de solicitação:

O processo de inscrição no Programa Compassionate Care do Jefferson Health inclui estas etapas:

- Preencha o formulário de Solicitação do Programa Compassionate Care deste pacote.
 - Inclua os documentos comprobatórios relacionados na lista de verificação em anexo.
 - Analisamos sua renda, seus bens (por exemplo, contas bancárias, ações, títulos mobiliários e outros investimentos) e o tamanho da família para determinar o nível de assistência disponível a você. Utilizamos uma escala móvel, com base nas diretrizes federais de pobreza.
 - Observe que primeiro é necessário determinar se você se qualifica para algum tipo de benefício de seguro que cubra o seu atendimento (por exemplo, indenização por acidente de trabalho, seguro de automóvel e/ou assistência médica). Podemos lhe orientar para encontrar os recursos apropriados.
- Após a análise de sua solicitação, será tomada uma decisão e você será notificado dela.
- Podemos organizar um plano de pagamento para quaisquer saldos remanescentes não cobertos pelo Programa Compassionate Care.
- Este programa serve apenas para seus saldos pendentes no Jefferson Health Hospital e podem não se aplicar a serviços prestados por médicos.

Preenchimento de sua solicitação:

Envie o formulário de solicitação preenchido e cópias de seus comprovantes de renda pelo correio para o endereço da instalação em que os serviços foram prestados:

Locais de serviço:	Hospitais Jefferson University/Jefferson Neurosciences/Methodist	Hospitais Abington/Lansdale	Hospitais Bucks/Frankford/Torresdale
Correspondência para:	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep
Telefone:	833-958-2198; ramal 1	833-958-2198; ramal 2	833-958-2198; ramal 3
Fax:	215-503-9163	215-481-3057	215-831-2330
Endereço de e-mail:	jeffenterprise.fc@jefferson.edu	finassist@jefferson.edu	JeffNE.FC@jefferson.edu
Locais de serviço:	Einstein Medical Center Philadelphia	Einstein Medical Center Elkins Park	Einstein Medical Center Montgomery
Correspondência para:	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141, EUA Attn: Financial Assistance Rep	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141, EUA Attn: Financial Assistance Rep	559 West Germantown Pike 1 st Floor, INV Platform East Norriton, PA 19403, EUA Attn: Financial Assistance Rep
Telefone:	215-456-8146	215-456-8146	484-622-1514
Fax:	215-456-8147	215-456-8147	484-622-1540
Endereço de e-mail:	HinesC@einstein.edu	HinesC@einstein.edu	OrzolKim@Einstein.edu

COMPASSIONATE CARE DO JEFFERSON HEALTH

Lista de verificação da documentação

Sua solicitação deve incluir cópias de todos os documentos a seguir que se apliquem a você. Anexe **cópias, não os originais**, pois o Jefferson não pode devolver nenhum documento enviado com a solicitação. A falta de algum documento atrasará o processamento de sua solicitação.

1. Se você tiver renda:

Anexe comprovação de sua renda familiar, que pode incluir:

- Holerites atuais e consecutivos dos últimos trinta (30) dias de todos os familiares empregados.
- Cartas de concessão: Seguridade Social, pensão, seguro-desemprego, indenização por acidente de trabalho.
- O formulário IRS 1040 mais recente e anexos adequados — formulário de restituição 1040 preenchido com W2, se autônomo — formulário 1099 com Anexo C (Perdas e lucros) e formulário de restituição 1040 do ano anterior.
- Carta de seu empregador em papel timbrado da empresa informando a data de contratação, comprovação de salário por hora ou semanal datada e assinada por seu empregador com número de telefone.
- Documentação adicional — I-20, pensão alimentícia para filhos, carta de abrigo, carta de apoio financeiro (detalhando por que a comprovação de renda não está disponível). Inclua a renda do patrocinador.

2. Se não você tiver renda:

- Envie-nos uma carta de apoio. A pessoa que lhe fornece apoio deve assinar a carta e autenticar a assinatura no documento.

3. Comprovação de patrimônio familiar disponível

Anexe os extratos mais recentes de:

- contas corrente e/ou poupança;
- ações, títulos, certificados de depósito (CDs), contas de renda fixa alta ou anuidades;
- outros investimentos, inclusive imóveis;
- Contas-poupança de saúde (HSA), Contas-poupança para despesas médicas (MSA), Plano de arranjo de despesas flexíveis (FSA) ou Plano de arranjo de reembolso de saúde (HRA).

4. Carta de recusa de Assistência médica

- Com base em uma triagem financeira inicial, você ter de solicitar assistência médica e enviar uma cópia de sua Carta de recusa (PA 162) antes de aprovarmos sua solicitação.

5. Verificação de identidade:

- Cópia da carteira de habilitação, passaporte ou outro documento de identidade com fotografia ou emitido pelo governo

6. Formulário de solicitação de assistência financeira preenchido e assinado

- Preencha todas as partes do formulário que se aplicarem a você.
- Envie de volta em até trinta (30) dias.