



Olá,

O pagamento de cuidados de saúde pode ter um custo elevado. Queremos garantir que obtém toda a assistência que precisa. Juntamente com esta carta segue um pedido para Assistência Financeira. Pode candidatar-se a Assistência Financeira mesmo que tenha um seguro. Isto pode ajudá-lo(a) a pagar custos como copagamentos, franquias ou cosseguros.

A elegibilidade baseia-se no seu rendimento anual, que é determinado pelo rendimento bruto (rendimento total antes das deduções) que o seu agregado familiar recebeu nas últimas 4 semanas.

**Preencha e devolva o pedido com todos os documentos comprovativos solicitados.** Aqui estão alguns exemplos de comprovativos de rendimentos:

- Declaração de imposto federal mais recente, se a entrega da mesma for obrigatória.
- Recibos de vencimento de 4 semanas consecutivas mais recentes. Dependendo do seu rendimento, isto pode ser:
  - 4 recibos de vencimento, se o pagamento for semanal
  - 2 recibos de vencimento, se o pagamento for quinzenal
- Se for trabalhador independente, demonstração de lucros e perdas discriminada do último mês
- Carta de benefícios da Segurança Social/declaração de pensão do ano corrente, etc.
- Carta de assistência geral atual
- Declaração de subsídio de desemprego ou compensação para as últimas 4 semanas
- Outro comprovativo de rendimento que recebeu nas últimas 4 semanas, como apoio para dependentes (crianças), pensão de alimentos, abonos de família, prémios de lotaria ou bónus
- Não tem rendimentos? Forneça uma declaração da sua situação atual e como se sustenta. Se está a viver com dinheiro de poupanças, forneça os extratos bancários do último mês.

As candidaturas recebidas sem toda a documentação necessária não serão aceites e ser-lhe-ão devolvidas. Se for incluída toda a documentação com a sua candidatura, pode esperar notícias nossas no prazo de 60 dias. **A aprovação não é garantia da assistência financeira; aplicam-se algumas exclusões.**

Tenha em atenção que durante este processo as suas **contas não serão retidas** e continuarão a funcionar. Deverá **manter-se envolvido(a)** no processo, fornecendo informações adicionais quando solicitado para impedir possíveis recolhas. Os planos de pagamento requerem um cartão de crédito ou informações bancárias em arquivo para o processamento do plano de pagamentos mensais.

Se tiver quaisquer perguntas, contacte o nosso escritório através do número gratuito **(866) 804-2499**.

Obrigado!

Serviços Financeiros ao Paciente MaineHealth  
(MaineHealth Patient Financial Services)

# NOTIFICAÇÃO

## Cuidados médicos gratuitos para quem não pode pagar — 2025

A legislação do Maine exige que sejam fornecidos cuidados médicos gratuitos aos residentes do Maine com rendimentos inferiores a 150 por cento do nível de pobreza federal. A MaineHealth disponibiliza cuidados gratuitos completos **a todos os pacientes a ou menos de 200 por cento** do nível de pobreza. Os residentes de New Hampshire que receberem cuidados no Memorial Hospital e/ou consultórios de outros médicos associados da MaineHealth também podem qualificar-se para o programa de cuidados gratuitos.

Dimensão da Família	150 %	200 %
1	\$23,475.00	\$31,300.00
2	\$31,725.00	\$42,300.00
3	\$39,975.00	\$53,300.00
4	\$48,225.00	\$64,300.00
5	\$56,475.00	\$75,300.00
6	\$64,725.00	\$86,300.00
7	\$72,975.00	\$97,300.00
8	\$81,225.00	\$108,300.00
Cada pessoa adicional	\$8,250.00	\$11,000.00

### Para solicitar ajuda financeira, contacte-nos através de:

- Gabinete de Patient Financial Services (Serviços Financeiros para Pacientes) através do número gratuito **866-804-2499** durante o horário normal de funcionamento, de segunda a sexta-feira, das 8:00 horas às 16:30 horas.

### Os custos não excedem o montante geralmente faturado à Medicare

Se for aprovado para assistência financeira ao abrigo da nossa política e a sua aprovação não cobrir 100 por cento dos nossos custos pelo serviço, não lhe será faturado um montante superior por emergências ou outros cuidados clinicamente necessários do que o montante geralmente faturado aos pacientes que têm seguro.

Apenas os cuidados médicos necessários são disponibilizados como cuidados gratuitos. Caso não se qualifique para cuidados médicos gratuitos, poderá pedir um processo equitativo. Iremos informá-lo sobre como solicitar um processo equitativo.

## Aconselhamento Financeiro MaineHealth

Pedido para Assistência Financeira ou Plano de Pagamento alargado

Estou a requerer: Assistência financeira ☐ Plano de Pagamento alargado ☐ Ambos ☐

### Nome do/a requerente

Nome	Apelido	Data de nascimento	-
Morada	Cidade/Estado/Código Postal		Telefone
Estado civil ( <i>Opcional</i> )	Entidade patronal (indicar todas nas últimas 4 semanas)	Data de início e salário	

### Informação do/a cônjuge/co-requerente (casado/a ou parceiro/a em união de facto registado)

Nome	Apelido	Data de nascimento	-
N.º de telefone	Entidade patronal	Data de início e salário	

### Dependentes (Todos os requerentes com menos de 18 anos e atualmente a morar com o requerente)

Nome	Data de nascimento	Relação com o requerente	N.º de ID MaineCare

### Rendimentos do agregado familiar

O/A requerente e respetivo agregado familiar devem fornecer o imposto federal completo do ano anterior ou declaração que indique ausência de rendimentos.

Se o agregado familiar receber:	Valor por mês:	O requerente deve fornecer:
Rendimentos/salários da(s) entidade(s) patronal(is)	\$	Recibos de vencimento ou relatório detalhado de rendimentos de cada emprego das últimas 4 semanas ou últimos 12 meses, indicado o valor bruto <u>E</u> imposto Federal completo do ano anterior.
Trabalhador independente/Rendimento de rendas	\$	Demonstração de resultados do último mês ou 12 meses <u>E</u> declaração de imposto federal completa do ano anterior.
Subsídios de desemprego, STD, LTD ou compensação de trabalhadores	\$	Relatório de pedidos semanais detalhando os rendimentos brutos das últimas 4 semanas ou 12 meses OU detalhe de pagamento da entidade patronal indicando pagamento por invalidez.
Segurança social ou SSDI	\$	Carta de benefícios do ano atual. Para solicitar uma cópia da sua carta de benefícios, <a href="tel:1-800-772-1213">ligue 1-800-772-1213</a> ou visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> . <b>Formulário 1099 não aceite</b>
Benefícios de reforma ou pensão	\$	Carta ou declaração de benefícios (401K, IRA, etc.) indicando o valor bruto distribuído.
Assistência geral	\$	Carta de benefícios de Assistência geral do mês atual.
Sem rendimento nos 3 meses	\$	Declaração que explica o apoio que está a receber, assinado pela pessoa que fornece o apoio. Se viver de poupanças, terá também de fornecer o extrato bancário do último mês.
Pensão de Alimentos	\$	Cópia da ordem judicial OU 4 semanas de cheques levantados/recibos.
Dividendos/Juros	\$	Declarações trimestrais de dividendos OU extrato bancário do último mês.
Outras:	\$	Prémios da lotaria, rendimentos não salariais, rendimentos por trabalhos esporádicos, etc., para as últimas 4 semanas

Vire a página.

**A MaineHealth tem recursos para ajudar:**

Os residentes de **Maine e New Hampshire** podem ser encaminhados para a Equipa de Assistência ao Doente MaineHealth para serem rastreados para MaineCare/NH Medicaid ou outros programas estatais e federais. Pode contactar-nos diretamente para mais informação em 1-833-644-3571.

Os residentes de **Maine** podem também registar-se para o MaineCare ligando para **1-800-442-6003** ou acedendo a <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html>

Os residentes de **New Hampshire** podem também registar-se para o NH Medicaid ligando para **1-603-447-3841** ou acedendo a <https://nheasy.nh.gov>

**\*AS DESPESAS NÃO SÃO NECESSÁRIAS SE ESTIVER APENAS A CANDIDATAR-SE A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**

<b>Apenas plano de pagamento alargado</b>		<b>Pagamentos mensais solicitados:</b>			
<i>Para justificar um plano de pagamento alargado, inclua as seguintes informações relacionadas com as despesas domésticas</i>					
Indique uma lista de todas as despesas mensais que se aplicam ao agregado familiar do candidato:					
<b>Despesa:</b>	<b>Pagamento mensal:</b>	<b>Despesa:</b>	<b>Pagamento mensal:</b>	<b>Despesa:</b>	<b>Pagamento mensal:</b>
Habitação (crédito bancário/renda)	\$	Gás/Combustível (Aquecimento)	\$	Cartões de crédito	\$
Impostos sobre a propriedade	\$	Empréstimo pessoal/crédito imobiliário	\$	Despesas médicas	\$
Seguro de habitação/arrendamento	\$	Cuidados infantis	\$	<b>Despesas adicionais:</b>	
<b>Serviços:</b>		401K/403B (se deduzido do salário, não adicionar)	\$		\$
Telefone de casa/telemóvel	\$	Crédito automóvel	\$		\$
Electricidade	\$	Seguro automóvel	\$		\$
Água/Esgotos	\$	Gasolina para veículo	\$		\$
Cabo/Satélite	\$	Mercearia/bens domésticos	\$		\$
Internet	\$	Custos com animais de estimação	\$		\$

**Pode enviar o formulário de pedido preenchido e documentos para:**

<b>Endereçar a:</b> <b>MaineHealth – PFS</b> <b>Attn: Financial Counseling</b> 22 Bramhall Street Portland, ME 04102	<b>Enviar por fax para:</b> (207)-661-8043	<b>Registe-se e carregue os documentos em MyChart:</b>  <a href="https://mychart.mainehealth.org">mychart.mainehealth.org</a>
--	---	---

***Lembre-se de incluir uma cópia dos seus documentos comprovativos de rendimentos.***

*Afirmo que a informação fornecida, incluindo de rendimentos, é, tanto quanto sei, verdadeira e está correta. Compreendo que a informação que envio relacionada com os meus rendimentos anuais e o meu agregado familiar está sujeita a verificação por parte da MaineHealth. Compreendo igualmente que qualquer informação enviada por mim que se verifique ser falsa irá resultar na recusa na prestação de serviços como Assistência Financeira e que serei responsabilizado(a) pelas despesas decorridas com os serviços prestados.*

Assinatura do requerente \_\_\_\_\_ Assinatura de co-requerente \_\_\_\_\_  
Data Data

**Para questões relacionadas a este pedido, contacte a nossa equipa de Apoio ao Cliente para número gratuito (866) 804-2499.**