Olá,

O pagamento de cuidados de saúde pode ter um custo elevado. Queremos garantir que obtém toda a assistência que precisa. Com esta carta encontra-se um pedido de Assistência Financeira. Pode ainda pedir Assistência Financeira mesmo que tenha seguro. Pode ajudá-lo a pagar custos como copagamentos, franquias, ou cosseguro.

A elegibilidade baseia-se no seu rendimento anual, que é determinado pelo seu rendimento bruto (rendimento total antes de quaisquer deduções) que o seu agregado familiar recebeu nos últimos 3 meses.

Preencha e devolva a candidatura com todos os materiais de apoio pedidos.

Aqui estão alguns exemplos de comprovativos de rendimento:

- Declaração fiscal federal mais recente, se tiver sido obrigado a apresentar.
- As 13 semanas consecutivas mais recentes de recibos de vencimento. Dependendo do seu rendimento, isto pode ser:
    - 13 recibos de vencimento, se receber semanalmente
    - 7 recibos de vencimento, se receber quinzenalmente
- Se for trabalhador por conta própria, declaração de lucros e perdas dos últimos 3 meses
- Declaração de Benefício da Segurança Social, carta/extrato de pensão do ano corrente, etc.
- Carta de Assistência Geral atual
- Declaração de benefícios de desemprego ou compensação dos últimos 3 meses
- Outro comprovativo de rendimento que recebeu nos 3 meses anteriores, como pensão de alimentos, pensão de alimentos ao ex-cônjuge, bolsas, prémios de lotaria ou bónus
- Sem rendimento? Forneça uma declaração explicando a sua situação atual e como está a ser apoiado. Esta declaração tem de ser assinada pela pessoa que presta apoio.

Se toda a documentação estiver incluída na sua candidatura, pode contar com uma resposta da nossa parte no prazo de 45 dias. **A aprovação não é garantia da assistência financeira; aplicam-se algumas exclusões.**

Os planos de pagamento requerem um cartão de crédito ou informações bancárias em arquivo para o processamento mensal do plano de pagamento.

Em caso de dúvidas, contacte o nosso serviço através do número gratuito **866-804-2499**.

Obrigado,

Serviços Financeiros ao Paciente MaineHealth

Cuidados médicos gratuitos para quem não pode pagar — 2026

A legislação do Maine exige que sejam fornecidos cuidados médicos gratuitos aos residentes do Maine com rendimentos de ou inferiores a 200 por cento do nível de pobreza federal. 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	200%
1	$31,920.00
2	$43,280.00
3	$54,640.00
4	$66,000.00
5	$77,360.00
6	$88,720.00
7	$100,080.00
8	$111,440.00
Cada pessoa adicional	$11,360.00

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 funcionamento normal, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 16:30.

Digitalize o código QR para se candidatar ou saber mais

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 uma audiência imparcial. Iremos informá-lo sobre como solicitar uma audiência imparcial.

Exclusões de cuidados gratuitos/serviços limitados

- A cirurgia cosmética, um procedimento realizado com o único objetivo de melhorar a aparência do paciente (excluindo a cirurgia reconstrutiva) não está abrangida pelo Free Care.
- A cirurgia bariátrica está abrangida pelo Free Care se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.
- A cirurgia dentária, um procedimento realizado com o único objetivo de extrair dentes infetados ou inclusos, é coberta pelo Free Care somente se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.
- Os procedimentos relacionados com a infertilidade não são cobertos pelo Free Care.
- Os procedimentos relacionados com a esterilização só estão cobertos pelo Free Care se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.
- Farmácia de retalho

Política de assistência financeira

A política de assistência financeira da MaineHealth pode ser encontrada no nosso website em MaineHealth.org em Financial Assistance (Assistência Financeira). Também estão disponíveis cópias nos seguintes locais:

- *MaineHealth Behavioral Health at Spring Harbor, 123 Andover Road, Westbrook, ME 04092*
- *MaineHealth Franklin Hospital, 111 Franklin Health Commons, Farmington, ME 04938*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 35 Miles Street, Damariscotta, ME 04543*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 6 St. Andrews Lane, Boothbay Harbor, ME 04538*
- *MaineHealth Maine Medical Center Biddeford, 1 Medical Center Drive, Biddeford, ME 04005*
- *MaineHealth Maine Medical Center Portland, 22 Bramhall Street, Portland, ME 04102*
- *MaineHealth Maine Medical Center Sanford, 25 June Street, Sanford, ME 04073*
- *MaineHealth Memorial Hospital, 3073 White Mountain Highway, North Conway, NH 03860*
- *MaineHealth Mid Coast Hospital, 123 Medical Center Drive, Brunswick, ME 04011*
- *MaineHealth Pen Bay Hospital, 6 Glen Cove Drive, Rockport, ME 04856*
- *MaineHealth Stephens Hospital, 181 Main Street, Norway, ME 04268*
- *MaineHealth Waldo Hospital, 118 Northport Avenue, Belfast, ME 04915*

A política de assistência financeira da MaineHealth está disponível em inglês, árabe, chinês (simplificado), francês, português, somali, espanhol e vietnamita.

Aconselhamento Financeiro da MaineHealth

Pedido de Assistência Financeira ou Plano de Pagamento Alargado

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

Informações do/a requerente

Nome	Apelido	Data de nascimento
Morada	Cidade/Estado/Código Postal	Telefone
Estado civil (opcional)	Entidade patronal (indicar todas nos últimos 3 meses)	Data de início e salário

Informação do/a cônjuge/co-requerente (casado/a/parceiros em união de facto registada)

Nome	Apelido	Data de nascimento
Telefone	Entidade patronal	Data de início e salário

Dependentes (todas as crianças com menos de 18 anos que atualmente residem com o requerente)

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

Rendimento familiar

*O/A requerente e respetivo agregado familiar devem **fornecer a declaração federal de imposto completa do ano anterior**, ou uma declaração em como não têm rendimentos.*

Se o agregado familiar receber	Montante 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 13 semanas ou dos últimos 12 meses, com indicação do valor bruto E a declaração federal de imposto completa do ano anterior.
Trabalhador independente/ Rendimento de rendas	$	Demonstração de resultados dos últimos 3 meses ou 12 meses E declaração de imposto federal completa do ano anterior.
Subsídios de desemprego, STD, LTD ou benefícios de acidentes de trabalho	$	Relatório de pedidos semanais detalhando os rendimentos brutos das últimas 13 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, ligue 1-800-772-1213 ou visite ssa.gov. **Formulário 1099 não aceite**
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 por escrito a explicar o apoio que está a receber. Esta declaração tem de ser assinada pela pessoa que presta o apoio.
Pensão de alimentos/pensão de alimentos para filhos	$	Cópia da ordem judicial OU 13 semanas de cheques levantados/recibos.
Dividendos/Juros	$	Declarações de dividendos trimestrais
Outros	$	Prémios da lotaria, rendimentos não salariais, rendimentos por trabalhos esporádicos, etc., para as últimas 13 semanas.

A MaineHealth tem recursos para ajudar:

- Os residentes de **Maine e New Hampshire** podem ser encaminhados para a Equipa de Assistência ao Paciente MaineHealth para avaliação de elegibilidade 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 visitar **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 visitar **https://nheasy.nh.gov**

***NÃO SÃO NECESSÁRIAS DESPESAS SE APENAS ESTIVER A PEDIR AJUDA FINANCEIRA.**

Apenas plano de pagamento alargado **Pagamento mensal pedido: $_____**

Para justificar um plano de pagamento alargado, inclua a informação seguinte relacionada com despesas do agregado familiar. Inclua comprovativos de contas de serviços de utilidade pública e cuidados infantis. Uma cópia de 1 mês de contas de serviço e creches ou recibo da empresa.

Indique todas as despesas mensais que se aplicam ao agregado familiar do requerente:

Despesa	Pagamento mensal	Despesa	Pagamento mensal	Despesa	Pagamento mensal
Alojamento, incluindo impostos sobre o imóvel e seguro de habitação/seguro do inquilino (hipoteca/aluguer)	$	Gás/combustível (aquecimento)	$	Cartões de crédito	$
		Empréstimos de estudantes	$	Despesas médicas	$
Serviços públicos:		Cuidados infantis	$	**Despesas adicionais:**	
Telefone de casa/telemóvel	$	Crédito automóvel	$		$
Eletricidade	$	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:

Endereçar a:	**Enviar por fax para:**	**Candidate-se e carregue os documentos em MyChart:**
MaineHealth – PFS Attn: Financial Counseling 25 June Street Sanford, ME 04073	207-661-8043 **Website:** mainehealth.org	mychart.mainehealth.org

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

Afirmo que a informação fornecida, incluindo os 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 de concessão de Assistência Financeira e que serei responsabilizado(a) pelas despesas decorridas com os serviços prestados.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Assinatura do co-requerente: _____ Data: _____

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