



<b>Política No.:</b>	08.26.001
<b>Revisado em:</b>	04/2020
<b>Revisado em:</b>	11/2020
<b>Seção:</b>	Financeiro

## **Assistência Financeira ao Paciente**

### **Objetivo:**

O Boston Medical Center, (o "Hospital" ou "BMC"), desenvolveu esta política para identificar e ajudar a qualificar pessoas de baixa renda, não seguradas e com seguro insuficiente, inscritas em planos de seguro de saúde ou programas de assistência financeira para cobrir despesas de saúde e garantir acesso oportuno e apropriado a cuidados médicos necessários. O Boston University Medical Group, (BUMG), como um parceiro colaborativo do BMC, concorda em aderir às diretrizes estabelecidas na Política de Assistência Financeira do Hospital.

### **Declaração da política:**

É política do BMC, em parceria com seus Centros de Saúde Comunitários licenciados, fornecer cuidados médicos necessários a todos os pacientes, independentemente de sua capacidade de pagar, e oferecer assistência financeira para aqueles que não têm seguro ou têm seguro insuficiente e não podem pagar. Todos os pacientes que procurarem o BMC precisando de serviços emergentes ou urgentes, ou outros cuidados médicos necessários, devem ser tratados independentemente de raça, cor, religião, credo, sexo, nacionalidade, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero, ou capacidade de pagar.

O BMC oferece assistência financeira a todos os pacientes de baixa renda, sem seguro ou com seguro insuficiente que demonstram incapacidade de pagar por todos ou parte dos encargos normalmente devidos. Pacientes sem capacidade financeira para pagar passarão por triagem para elegibilidade no Medicaid ou outros programas estaduais, Planos de Saúde Qualificados, ou serão avaliados de acordo com as diretrizes pré-estabelecidas para determinar a elegibilidade para assistência no Programa de Assistência Beneficente (CCP) do Hospital. O Programa de Assistência Beneficente descreve todas as circunstâncias nas quais os pacientes podem se qualificar para tratamento gratuito ou com desconto. O nível de desconto é determinado pela renda familiar, bens, tamanho da família e necessidades médicas do indivíduo, conforme especificado nas diretrizes de elegibilidade do CCP.

As informações sobre a oferta de programas de assistência financeira do Hospital são disponibilizadas aos pacientes no momento da inscrição nos serviços e no recebimento de uma fatura. Todos os pacientes podem ser considerados para assistência financeira a qualquer momento durante o ciclo de faturamento e cobrança. Um paciente determinado como elegível para o

Programa de Assistência Beneficente do BMC nunca será cobrado mais do que os Valores Geralmente Cobrados pela entrega de serviços medicamente necessários, nem o Hospital buscará qualificar um paciente para atendimento gratuito ou reduzido no Programa de Assistência Beneficente para a finalidade de gerar negócios a pagar de acordo com um programa federal de saúde ou para influenciar a seleção de um determinado provedor, médico ou fornecedor pelo beneficiário.

O Comitê de Finanças do Conselho de Curadores do Boston Medical Center revisou e aprovou esta política. Informações sobre a Política de Assistência Financeira e o programa de assistência financeira, incluindo o Resumo em Linguagem Simples, (Anexo A), o Formulário de Inscrição do Programa Beneficente do BMC ou cópias desta política e dos documentos do Programa de Assistência Beneficente podem ser obtidas:

- Em qualquer área de registro de pacientes dentro do BMC ou BUMG
- Ligando para o Departamento de Aconselhamento Financeiro no telefone (617) 414-5155 ou visitando um escritório, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, nos endereços:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue (térreo), Boston, MA. 02118
- Visitando o site do Hospital no endereço <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance> para revisão ou download
- Enviando uma solicitação por escrito de cópias por correio para:
  - Boston Medical Center  
A/C: Financial Counseling Office  
Shapiro Center  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118

### **Aplicação:**

A Política de Assistência Financeira se aplica ao Boston Medical Center, ao Boston University Medical Group e aos seguintes Centros Comunitários de Saúde afiliados que operam sob a licença do Hospital:

- Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center, 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

### **Exceções:**

Embora o BMC tenha o compromisso de ajudar pacientes com renda e recursos limitados a se inscreverem nos programas disponíveis para cobrir os custos de cuidados médicos, o Programa de Assistência Beneficente se limita a cobrir Serviços de Emergência, Serviços de Urgência e outros cuidados Medicamente Necessários. Geralmente, as despesas excluídas de descontos no CCP incluem:

- Serviços prestados por médicos contratados que faturam de forma privada, em vez de por meio de um dos grupos de médicos afiliados do Hospital.

- Saldos de contas restantes após o processamento do seguro, como copagamentos, cosseguros ou franquias de seguro devidas pelo paciente.
- Procedimentos eletivos agendados, como cirurgia estética e cirurgia bariátrica, sinistros com veículos motorizados, reclamações de responsabilidade de terceiros, serviços de taxa fixa, pacotes de serviços, taxas contratadas e outros serviços não medicamente necessários ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados na cobrança.

**Definições:**

**Affordable Care Act, (ACA)** - A lei abrangente de reforma do sistema de saúde, promulgada em março de 2010 (às vezes conhecida como ACA ou Obamacare) que serve: para tornar serviços de saúde acessíveis disponíveis para mais pessoas, fornecendo subsídios ("créditos fiscais premium") que reduzem custos para famílias com renda entre 100% e 400% do limite federal de pobreza; expandir os programas estaduais do Medicaid para cobrir todos os adultos com renda de 138% do nível federal de pobreza; e apoiar métodos inovadores de prestação de cuidados médicos, concebidos para reduzir os custos dos cuidados de saúde em geral.

**Valores Geralmente Cobrados (AGB)** - O valor pelo qual os encargos para pacientes Não Segurados são medidos. Pacientes não segurados não terão uma cobrança maior por Serviços de Emergência, Serviços de Urgência ou outros cuidados Medicamente Necessários do que os AGB para pacientes que têm cobertura de seguro. Para calcular os AGB, o BMC usa o método "*look-back*", que utiliza dados de pagamentos do Medicaid, com base no ano fiscal de 12 meses anterior, para determinar a porcentagem dos AGB a serem aplicados às cobranças. O percentual de AGB utilizados pelo BMCHS, e o método em que foi determinado, está disponível gratuitamente no Departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente (PFC). As solicitações podem ser feitas ligando para o PFC pelo telefone 617-414-5155 ou enviando um email para [DG-FinancialCounseling@bmc.org](mailto:DG-FinancialCounseling@bmc.org).

**Conselheiro de Inscrição Certificado (CAC)** - Indivíduo (afiliado a uma organização designada) que é treinado e capaz de ajudar consumidores, pequenas empresas e seus funcionários a avaliar as opções de cobertura de saúde em conformidade com o ACA, oferecidas através do Health Insurance Marketplace, e ajudar a determinar a elegibilidade e preencher os formulários de inscrição.

**Programa de Assistência Beneficente** - Um programa de assistência financeira oferecido pelo Boston Medical Center que oferece um desconto percentual no saldo da conta do paciente com base na capacidade do paciente de pagar e uma determinação da elegibilidade ao programa conforme especificado pela Política de Assistência Financeira do hospital.

**Serviços Eletivos** - Serviços medicamentos necessários que não requerem atendimento ou tratamento em um pronto-socorro ou hospital de urgência para estabilização médica e, portanto, não se enquadram na definição de serviços de emergência ou urgentes. O paciente normalmente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços com antecedência.

**Serviços de Emergência** - Serviços medicamente necessários fornecidos após o início de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas de gravidade suficiente,

incluindo dor intensa, quando a ausência ou omissão de atenção médica imediata pode razoavelmente afetar a condição ou saúde da pessoa, resultando em grave perigo, prejuízo ou disfunção de qualquer parte do corpo ou órgão corporal, com relação a gestantes, conforme definido na seção 1867 (e) (1) (B) do Social Security Act, 42 USC § 1295dd (e) (1) (B). Serviços de Emergência incluem um exame médico de triagem e tratamento para condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida que de acordo com o **EMTALA** (42 USC 1395 (dd) qualifica-se como Atendimento de Emergência. Os Serviços de Emergência também incluem: serviços determinados como uma emergência por um profissional médico licenciado; atendimento médico de paciente hospitalizado associado ao atendimento ambulatorial de emergência; e transferências de pacientes hospitalizados de outro hospital de cuidados agudos para o BMC para a prestação de cuidados hospitalares que de outra forma não estão disponíveis no hospital de transferência.

**EMTALA** - Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA), uma lei promulgada pelo Congresso em 1986 para garantir o acesso público a serviços de emergência independentemente de sua capacidade de pagar. A seção 1867 do Social Security Act impõe obrigações específicas aos hospitais participantes do Medicare que oferecem serviços de emergência para fornecer um exame de triagem médica em caso de solicitação para exame ou tratamento para uma condição médica de emergência, incluindo trabalho de parto ativo, independentemente da capacidade da pessoa de pagar. Os hospitais são então obrigados a fornecer tratamento estabilizador para pacientes com EMCs. Se um hospital for incapaz de estabilizar um paciente dentro de sua capacidade, ou se o paciente solicitar, uma transferência apropriada deve ser realizada.

**Ações Extraordinárias de Cobrança (ECA)** - Quaisquer ações tomadas pelo BMC (ou qualquer agente do BMC, incluindo uma agência de cobrança) contra um indivíduo relacionadas à obtenção do pagamento de uma fatura coberta por esta política que exija um processo legal ou judicial, envolva a venda da dívida de um indivíduo a terceiros, ou relato de informações adversas sobre o indivíduo a agências de relatórios de crédito ao consumidor ou agências de crédito. Abrir uma conta em terceiros para cobrança não é uma ECA.

**Diretrizes Federais de Pobreza (FPG)** - Determinadas pelo governo dos Estados Unidos e publicadas anualmente no Federal Register. As FPGs são baseadas no tamanho da família e na renda familiar e são usadas para determinar a elegibilidade de um paciente para assistência financeira de acordo com os programas estaduais do Medicaid e a Política de Assistência Financeira do BMC.

**Cobranças Brutas** - O preço total estabelecido para cuidados médicos que o BMCHS cobra de maneira consistente e uniforme de todos os pacientes antes da aplicação de concessões contratuais, descontos ou outras deduções.

**Health Safety Net (HSN)** - A Health Safety Net é um programa de assistência financeira que paga por certos serviços medicamente necessários fornecidos a pacientes qualificados de baixa renda em centros de saúde comunitários (CHCs) e hospitais de cuidados agudos de Massachusetts. A HSN também paga CHCs e hospitais de cuidados agudos por despesas médicas por dificuldade (quando as despesas médicas qualificáveis excedem uma porcentagem especificada da renda de

uma família) e por alguns tipos de inadimplência hospitalar. A HSN foi criada para distribuir de forma mais equitativa o custo do fornecimento de cuidados não compensados para residentes de baixa renda de Massachusetts, por meio da oferta de cuidados gratuitos ou com desconto em hospitais de urgência no estado. O pool de cuidados não compensados da Health Safety Net é realizado por meio de uma avaliação em cada hospital para cobrir o custo do atendimento a pacientes não segurados e com seguro insuficiente com renda abaixo de 300% do nível federal de pobreza. É política do hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do hospital incluam os serviços da Health Safety Net como parte dos cuidados não compensados fornecidos a pacientes de baixa renda.

**Segurado** - A situação de um paciente com seguro ou cobertura de terceiros que paga a totalidade ou parte das Cobranças Brutas do paciente por serviços médicos. Esta categoria inclui pacientes cobertos por um pagador governamental, como Medicare, Medicaid, Champus e benefícios de Veteranos autorizados; bem como pagadores privados, como Medicare Advantage, organizações de assistência gerenciada Medicaid, assistência comercial ou gerenciada, compensação do trabalhador ou automática.

**Medicamento Necessário** - Serviços com expectativa razoável de prevenir, diagnosticar, evitar o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que trazem risco de morte, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou disfunção, ameaçam causar ou agravar uma deficiência, ou resultam em doença ou enfermidade. Serviços Medicamento Necessários incluem serviços de internação e ambulatoriais, conforme autorizado ao abrigo do Título XIX do Social Security Act. No entanto, uma classificação de Medicamento Necessário não infringe ou abrange a classificação de Serviços de Emergência ou as leis do EMTALA associadas a essa designação.

**Outros Serviços** - Serviços em que a necessidade médica não foi demonstrada ao clínico revisor ou em que as qualificações do paciente para o serviço podem não atender às definições gerais do plano de seguro para cumprir com os principais critérios de necessidade médica para o serviço. Os serviços também incluem procedimentos ou tratamentos que muitos planos de seguro não consideram Medicamento Necessários, incluindo, sem limitação: Cirurgia estética, fertilização in vitro (FIV) ou outra terapia reprodutiva avançada (ART), serviços de bypass gástrico (sem determinação de necessidade médica do pagador) e itens de conveniência do paciente, como cobranças relacionadas a serviços de hospedagem acima e além daqueles necessários para cuidados médicos ou serviços de hospedagem para pacientes (internação ou hospitalização parcial) onde não haja uma necessidade médica claramente demonstrada.

**Serviços de Atenção Primária** - Serviços de cuidados de saúde, normalmente prestados por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros de cuidados primários ou médicos assistentes. Os serviços de atenção primária não requerem os recursos especializados de um Hospital Agudo, Pronto-Socorro e excluem Serviços Auxiliares e serviços de maternidade.

**Planos de Saúde Qualificados** - Um plano de seguro, certificado pelo Health Insurance Marketplace, que fornece benefícios de saúde essenciais, segue limites estabelecidos na divisão de

custos (como franquias, copagamentos e valores máximos de pagamento particular) e atende a outros requisitos do Affordable Care Act.

**Desconto de Autopagamento** - Um desconto percentual do autopagamento, saldo da conta do paciente com base no status Não Segurado do paciente. O BMC oferece aos pacientes não segurados um Desconto de Autopagamento com base no cálculo mais recente dos AGB.

**Seguro Insuficiente** - Situação do paciente que tem alguma forma de seguro saúde que não oferece proteção financeira adequada, resultando na incapacidade do paciente de cobrir de forma particular despesas com cuidados de saúde, como copagamentos, cosseguro e franquias determinadas pela seguradora e devidas pelo paciente pela prestação de serviços médicos.

**Não Segurado** - Situação do paciente que não possui nenhum seguro saúde em vigor para uma data específica de serviço ou em que sua cobertura não é efetiva para um serviço específico devido a limitações de rede, esgotamento do benefício do seguro ou outros serviços não cobertos.

**Serviços de Atendimento de Urgência** - Serviços medicamente necessários fornecidos após o início súbito de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) para um leigo prudente acreditar que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar em: risco à saúde do paciente, prejuízos à função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços urgentes são fornecidos para condições que não trazem ameaça à vida e não representam um alto risco de danos graves à saúde de um indivíduo. Os Serviços de Atendimento de Urgência não incluem Atendimento Primário ou Eletivo.

## **Procedimentos**

### **I. Cobertura para serviços de saúde**

O BMC oferece atendimento a todos os pacientes que precisam de Serviços de Emergência, Serviços de Urgência, outros serviços Medicamente Necessários e gestantes em trabalho de parto ativo, independentemente de sua capacidade de pagar. De acordo com os requisitos federais do Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), o Hospital conduzirá um exame de triagem médica para todos os pacientes que se apresentarem em uma unidade do BMC procurando Serviços de Emergência para determinar se existe uma condição médica de emergência. O profissional médico responsável pelo tratamento determinará se serviços emergenciais ou não emergenciais são necessários, avaliando o nível de atendimento e tratamento necessário para cada paciente com base nos sintomas clínicos apresentados e seguindo os padrões de prática aplicáveis.

- A. A elegibilidade para atendimento gratuito ou reduzido no Programa de Assistência Beneficente do BMC aplica-se a serviços de atendimento emergencial, de urgência e primário. As determinações de elegibilidade são geralmente feitas após a prestação do serviço e com base na situação financeira do paciente, conforme determinado pelas Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) e no tipo e classificação

dos cuidados médicos prestados ao paciente. (Consulte o Anexo C para a tabela FPG).

- B. Os serviços de atenção primária incluem os cuidados médicos necessários para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Esses serviços são geralmente agendados com antecedência ou podem ser agendados no mesmo dia pelo paciente ou pelo profissional de saúde.
  - a. A Atenção Primária é normalmente fornecida por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros assistentes ou médicos assistentes e não requer primariamente os recursos especializados de um departamento de emergência de um Hospital Agudo e pode excluir Serviços Auxiliares e serviços de maternidade.
- C. Serviços sem emergência e não urgentes, conforme classificados pelo médico responsável pelo tratamento, são considerados serviços eletivos e normalmente não se qualificam para descontos no programa beneficente do Hospital.
  - a. Serviços sem emergência e não urgentes (ou seja, atendimento primário ou eletivo) podem ser adiados ou deferidos após uma consulta com o profissional de atenção primária do paciente ou provedor de tratamento, conforme apropriado se o paciente estiver clinicamente estável e/ou o Hospital não for capaz de obter ou verificar uma fonte de pagamento ou obter informações para determinar a elegibilidade para um seguro de saúde público ou privado para cobrir o custo dos serviços.
  - b. Serviços sem emergência ou não urgentes não são explicitamente excluídos dos descontos. O BMC reserva-se o direito de estender a consideração individual a pacientes que demonstrem dificuldades financeiras únicas e oferecer descontos caso a caso, de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do BMC e além das outras disposições descritas no FAP.
- D. A elegibilidade ao Programa de Assistência Beneficente do BMC é aplicada de forma consistente a todos os Serviços de Emergência, Serviços de Urgência, Serviços de Atenção Primária e outros cuidados Medicamente Necessários fornecidos pelo Hospital.

## **II. Assistência Financeira e Elegibilidade para o Programa**

- A. O BMC oferece um Desconto de Autopagamento a todos os pacientes Não Segurados, independentemente de sua capacidade de pagamento. No entanto, se um paciente não segurado não puder pagar o saldo remanescente após a aplicação do Desconto de Autopagamento, o paciente pode solicitar e se inscrever no Programa de Assistência Beneficente do BMC.
  - a. Se um paciente Não Segurado receber um Desconto de Autopagamento e subsequentemente fornecer informações de cobertura de seguro válidas para a data do serviço do encontro, o Desconto de Autopagamento será revertido e o BMC cobrará o terceiro.

- b. Se um paciente Não Segurado receber um Desconto de Autopagamento e subsequentemente se qualificar para assistência financeira no Programa de Assistência Beneficente, o Desconto de Autopagamento será revertido e o desconto do Programa de Assistência Beneficente será aplicado para classificar corretamente o ajuste de conta.
- c. Serviços geralmente excluídos do Desconto de Autopagamento do Paciente:
  - i. Serviços prestados por médicos que são contratados independentes e cobram de forma privada pelo atendimento prestado, em vez de por meio de um dos grupos de médicos afiliados ao BMC.
  - ii. Saldos de contas após o processamento do seguro, incluindo copagamentos, cosseguro e franquias de seguro.
  - iii. Serviços eletivos, como cirurgia estética, sinistros com veículos motorizados, reclamações de responsabilidade de terceiros, serviços de taxa fixa, pacotes de serviços, taxas contratadas, outros serviços não medicamente necessários e/ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados às cobranças são normalmente, mas não explicitamente, excluídos do Desconto de Autopagamento porque uma Contraprestação Individual pode ser aplicada.
- B. Pacientes Sem Seguro ou com Seguro Insuficiente que demonstram necessidade financeira de assistência médica são avaliados quanto à elegibilidade e cobertura com base em diretrizes consistentes e pré-estabelecidas determinadas pelos programas estaduais Medicaid, Planos de Saúde Qualificados e Programa de Assistência Beneficente do BMC.
- C. Os pacientes podem solicitar assistência financeira a qualquer momento durante o pré-registro, registro, internação, atendimento ambulatorial ou durante o ciclo de faturamento e cobrança, solicitando e enviando um formulário preenchido para assistência financeira.
- D. Um Conselheiro de Inscrição Certificado (CAC) está disponível no Departamento de Aconselhamento Financeiro do Hospital para fazer a triagem de pacientes quanto à elegibilidade para o programa e fornecer assistência de inscrição presencial conforme necessário. Itens necessários para se inscrever no Programa de Assistência Beneficente:
  - a. Formulário preenchido, assinado pelo paciente e cônjuge do paciente, se casado, ou pelo fiador (ou seja, pai ou responsável).
  - b. Comprovante de residência
  - c. Documento de identidade
  - d. Comprovante de renda familiar
    - i. Rendimento do trabalho
    - ii. Renda não obtida



- iii. Renda de aluguel
  - e. Declaração de apoio (se nenhuma renda for relatada)
  - f. Informações de bens, incluindo:
    - i. Extratos bancários
    - ii. Apólices de seguro de vida
    - iii. Valores de imóveis, excluindo residência principal
- E. Todos os pacientes que solicitam assistência financeira devem primeiro ser avaliados quanto à elegibilidade para programas de assistência pública ou QHP específico para o estado de residência do paciente.
  - a. Em Massachusetts, os programas incluem, sem limitação, MassHealth, o programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, a Health Safety Net e Medical Hardship.
  - b. Os pacientes que se qualificam para uma opção de cobertura pública devem cumprir o processo de inscrição para esse programa e receber uma recusa antes de solicitar benefícios adicionais no Programa de Assistência Beneficente.
  - c. O processo de triagem e inscrição para seguro de saúde público é realizado por Conselheiros de Inscrição Certificados (CACs) no hospital. As inscrições podem ser preenchidas e enviadas em papel, por fax ou online por meio do sistema State Health Insurance Exchange (HIX).
- F. Os CACs do Hospital também podem ajudar os pacientes a se inscreverem para Elegibilidade Presuntiva para conceder aos pacientes em circunstâncias especiais acesso imediato aos serviços cobertos por meio do MassHealth ou da Health Safety Net.
  - i. O processo de elegibilidade presuntiva é concluído por um CAC, que, com base na autocertificação das informações financeiras do paciente, determinará se o paciente atende à definição estadual de Paciente de Baixa Renda e, portanto, qualificará o paciente para cobertura no MassHealth ou HSN.
  - ii. Uma designação de Elegibilidade Presuntiva fornece um período limitado de cobertura elegível, começando na data em que o CAC do hospital faz a determinação até o final do mês seguinte. Durante um período de elegibilidade presuntiva, os pacientes são obrigados a preencher e enviar uma inscrição completa com os documentos de verificação exigidos para garantir a cobertura contínua.
- G. Se um paciente for considerado inelegível para um programa de assistência pública, QHP, HSN ou Medical Hardship, o paciente será avaliado quanto à elegibilidade para o Programa de Assistência Beneficente do Hospital.
  - a. Por meio da participação na Health Safety Net de Massachusetts, pacientes de baixa renda, não segurados e com seguro insuficiente que

recebem serviços no BMC podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo atendimento gratuito ou parcialmente gratuito para serviços elegíveis na HSN. É política do hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do hospital incluam os serviços da Health Safety Net como parte dos cuidados não compensados fornecidos a pacientes de baixa renda.

- i. *Health Safety Net - Primária* - Residentes de Massachusetts não segurados com renda verificada entre 0 e 300% do Nível de Pobreza Federal podem ser considerados elegíveis para Serviços Elegíveis da Health Safety Net.
  - a. O período de elegibilidade e os tipos de serviços cobertos pela *HSN Primária* são limitados para pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência Premium de Massachusetts operado pelo Health Connector.
  - b. Os pacientes sujeitos aos requisitos do Student Health Insurance Program de Massachusetts não são elegíveis para a *HSN Primária*.
- ii. *Health Safety Net - Secundária* - Pacientes residentes em Massachusetts com seguro de saúde primário e renda entre 0 e 300% do Nível de Pobreza Federal podem ser considerados elegíveis para Serviços Elegíveis da Health Safety Net.
  - a. O período de elegibilidade e os tipos de serviços para *HSN Secundária* são limitados para pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência Premium operado pelo Health Connector.
- iii. *Health Safety Net - Franquias Parciais* - Pacientes que se qualificam para *HSN Primária* ou *HSN - Secundária* com renda entre 150,1% e 300% do Nível de Pobreza Federal podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar de Faturamento Premium tiverem uma renda acima de 150,1% do Nível de Pobreza Federal. Não há franquia para qualquer membro do Grupo Familiar de Faturamento Premium se a renda for acima de 150,1% do Nível de Pobreza Federal. A franquia anual é igual ao que for maior entre:
  - a. o Programa de Pagamento de Assistência Premium de menor custo operado pelo prêmio Health Connector, ajustado para o tamanho do Grupo Familiar de Faturamento Premium proporcionalmente aos padrões de renda do Nível de Pobreza Federal do MassHealth, no início do ano civil; ou



serão usadas para determinar a elegibilidade para o Programa de Assistência Beneficente.

- a. Pacientes não segurados determinados como elegíveis para o Programa de Assistência Beneficente se qualificarão para um desconto, aplicado a despesas brutas que podem cobrir todas ou parte de suas faturas médicas não pagas. Um paciente elegível para o Programa de Assistência Beneficente nunca será cobrado mais do que os AGB. A elegibilidade dos pacientes e o desconto aplicável são determinados usando a tabela do Anexo C.
  - b. Pacientes com seguro insuficiente determinados como elegíveis para o Programa de Assistência Beneficente se qualificam para um desconto aplicado aos saldos das contas após o processamento do seguro. A elegibilidade dos pacientes e o desconto aplicável são determinados usando a tabela do Anexo C.
  - c. A elegibilidade para atendimento gratuito ou reduzido, em todos os casos considerados para assistência financeira, é determinada usando as Diretrizes Federais de Pobreza publicadas mais recentemente (Ver Anexo C).
    - i. Os limites de bens para elegibilidade não podem exceder US\$ 3.000 para o requerente e US\$ 3.000 para o cônjuge do requerente, se aplicável.
    - ii. As determinações de bens nunca incluirão a residência principal ou o automóvel principal do paciente.
  - d. O BMC utiliza o método "*look-back*" para determinar o AGB ao cobrar os pacientes sem cobertura de seguro que não se qualificam para o Programa de Assistência Beneficente do BMCHS. O BMC analisa os dados de reclamações anteriores reais pagas pelo Medicaid para estabelecer uma porcentagem do total de cobranças a serem descontadas e aplicadas anualmente como o Desconto de Autopagamento.
  - e. O BMC não cobrará de uma pessoa sem seguro mais do que a taxa AGB. Para 2021, o desconto percentual calculado para o AGB é de 70%. Informações sobre o cálculo de AGB usado pelo BMCHS e o método pelo qual foi determinado estão disponíveis mediante solicitação, contatando o Atendimento ao Cliente pelo telefone 888-489-0169.
  - f. O BMC não cobra ou espera o pagamento de cobranças brutas/totais de qualquer indivíduo que se qualifique no FAP ou que não tenha seguro saúde, mas não se qualifique para assistência financeira.
- K Consideração individual pode ser dada aos pacientes que demonstram situações financeiras únicas, e descontos podem ser estendidos caso a caso, de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do hospital e além das outras disposições descritas no FAP, para reconhecer casos de dificuldades financeiras.

### **III. Método para solicitar assistência financeira**

- A. Os pacientes podem solicitar e se inscrever para assistência financeira:
- a. Visitando os escritórios do Departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente nos endereços Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, e Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, no piso térreo.
  - b. Ligando para o Departamento de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (617) 414-5155 para passar por triagem por telefone ou para agendar uma consulta com o Departamento de Aconselhamento Financeiro, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.
  - c. Enviando pelo correio uma solicitação por escrito de informações do FAP, incluindo cópias do Formulário de Triagem de Assistência Financeira e da inscrição para o Programa de Assistência Beneficente do BMC para ser preenchida e enviada por correio para processamento.
    - i. As inscrições do FAP e do Programa de Assistência Financeira do BMC estão disponíveis em <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance> e podem ser impressas, preenchidas e devolvidas pessoalmente ou por correio para processamento.
    - ii. Para inscrição por correio, os pacientes devem enviar o Formulário de Triagem de Assistência Financeira, a Inscrição e as cópias dos documentos solicitados para:
      - Boston Medical Center  
A/C: Patient Financial Counseling  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118
- B. Determinação de Elegibilidade
- a. O departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente no BMC é responsável por fazer uma determinação de elegibilidade com base na documentação fornecida pelo paciente para o processo de inscrição. Os pacientes podem entrar em contato com o departamento de Assistência Financeira com perguntas sobre as determinações de elegibilidade, ligando para (617) 414-5155.
  - b. Assim que um formulário preenchido for recebido e processado, uma determinação de elegibilidade será feita e o candidato será notificado por escrito sobre a decisão.
  - c. Notificação de Solicitação de Informações Adicionais ou Negação:
    - i. A assistência financeira não será negada com base apenas em uma inscrição incompleta inicialmente enviada pelo paciente. Os tipos mais comuns de documentação exigidos para inscrição são mencionados na seção II.D desta política e descritos no documento de resumo do BMC anexo (Anexo B).
    - ii. Se documentação adicional for necessária para fazer uma determinação, o paciente será notificado por correio via USPS

- com uma solicitação para devolver os documentos de verificação dentro de 30 dias a partir da data da notificação.
- iii. Se o paciente não fornecer a documentação adicional, o pedido de assistência financeira poderá ser negado e o paciente será cobrado de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do BMC.
    - a. Pacientes não segurados considerados inelegíveis ou recusados para programas de assistência financeira receberão o Desconto de Autopagamento conforme apropriado.
    - b. Pacientes com seguro insuficiente considerados inelegíveis ou recusados para programas de assistência financeira serão responsáveis pelo saldo remanescente da conta após o processamento do seguro.
    - c. O BMC fará todos os esforços razoáveis para cobrar os saldos devidos.
      - i. O paciente receberá no mínimo quatro extratos em um período de 120 dias antes da conta ser considerada para designação de inadimplência.
      - ii. Outros esforços de cobrança incluem chamadas telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações por computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para contatar a parte responsável pelo saldo.
      - iii. O BMC tem contrato com uma agência externa de cobrança para auxiliar na cobrança de certas contas, incluindo valores de responsabilidade do paciente não resolvidos após a emissão de faturas do Hospital ou avisos finais. No entanto, o BMC não se envolve em Ação Extraordinária de Cobrança, (ECA) para obter o pagamento de saldos de contas vencidos.
    - d. A Política de Crédito e Cobrança do BMC está disponível para revisão no site do hospital em <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>.
  - e. Notificação de Aprovação
    - i. Pacientes aprovados, sem seguro ou com seguro insuficiente receberão um desconto conforme especificado no FAP (consulte no Anexo C um resumo dos critérios de elegibilidade e descontos aplicáveis).

- ii. O BMC entrará em contato com o paciente por correio via USPS para notificar a aprovação para o programa de assistência financeira. Este aviso incluirá as etapas que o paciente pode realizar para obter informações sobre como a responsabilidade do paciente, se aplicável, foi determinada, bem como informações que confirmam que o saldo devido não é superior aos Valores Geralmente Cobrados.
  - iii. Se o paciente já estabeleceu um plano de pagamento ou efetuou pagamentos em sua conta e é subsequentemente aprovado para o Programa Beneficente do BMC, quaisquer pagamentos sobre o valor de copagamento do programa beneficente serão aplicados a outras contas pendentes ou reembolsados ao paciente se não houver nenhuma outra dívida pendente.
  - iv. Se um paciente aprovado teve ações extraordinárias de cobrança impostas, o BMC tomará todas as medidas razoavelmente disponíveis para reverter as ações tomadas após a determinação da elegibilidade e aprovação do paciente no Programa de Assistência Beneficente do BMC.
- f. Obrigações do paciente
- i. Os pacientes devem participar do processo de triagem de assistência financeira e concordar em se inscrever para a cobertura de seguro saúde disponível se forem considerados potencialmente elegíveis para um programa de assistência pública ou estadual ou Plano de Saúde Qualificado.
  - ii. O BMC reserva-se o direito de solicitar a verificação de um pedido negado para um programa de seguro saúde disponível antes que o paciente possa ser considerado para assistência financeira no Programa Beneficente do BMC.
  - iii. Os pacientes são obrigados a enviar uma inscrição preenchida e assinada para o Programa Beneficente do BMC e fornecer a documentação para verificar a renda, bens e status de residência necessários para se inscrever na cobertura de seguro saúde ou para solicitar assistência no Programa de Assistência Beneficente do BMC. (Consulte o Anexo D para Inscrição no Programa Beneficente).
  - iv. Os pacientes devem divulgar totalmente qualquer cobertura de Compensação de Trabalhadores, Veículos Motorizados ou Responsabilidade de Terceiros e cooperar com as solicitações para que os sinistros sejam processados pelo pagador identificado.
  - v. Os pacientes são obrigados a fornecer ao escritório de Aconselhamento Financeiro do Hospital atualizações oportunas

- sobre mudanças de endereço, emprego ou status de seguro, conforme exigido pelos programas de assistência financeira.
- vi. Os pacientes devem concordar em pagar os saldos das contas após o processamento do seguro, não elegíveis para descontos sob o FAP, como copagamentos, cosseguros e franquias.
- g. Obrigações do BMC
- i. O BMC fará todos os esforços razoáveis para coletar o status de seguro do paciente e as informações financeiras necessárias para determinar a responsabilidade pelo pagamento de todos os serviços de saúde para pacientes internados ou ambulatoriais durante o pré-registro do paciente, na data do atendimento, quando o paciente for internado no Hospital, após a alta, ou por um período razoável após a alta hospitalar. Esforços razoáveis incluem:
    - a. Solicitar o cartão de seguro do paciente
    - b. Verificar a cobertura no sistema de elegibilidade do Hospital
    - c. Verificar a cobertura por meio de acesso a bancos de dados de seguros públicos ou privados
    - d. Obtenção de informações do pagador de terceiros.
  - ii. O BMC tentará investigar qualquer terceiro pagador que possa ser responsável pelo pagamento dos serviços prestados, incluindo, sem limitação:
    - a. Apólice de veículo motorizado ou de responsabilidade do proprietário
    - b. Políticas gerais de acidentes
    - c. Programas de Remuneração de Trabalhadores
    - d. Apólices de seguro estudantil
  - iii. Se o paciente ou fiador/responsável for incapaz de fornecer as informações necessárias e consentimentos do paciente, o BMC pode tentar entrar em contato com parentes, amigos, fiador/responsável e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

#### **IV. Notificação de disponibilidade para Assistência Financeira**

- A. O BMC utiliza as seguintes medidas para divulgar amplamente sua Política de Assistência Financeira:
  - a. Informa o paciente sobre o Programa Beneficente do BMC e oferece uma cópia do Resumo em Linguagem Simples (PLS), no momento da inscrição, como parte do processo de admissão padrão.



- b. Avisos visuais relativos à oferta de programas de assistência financeira, incluindo como e onde se inscrever, são colocados em destaque nos locais de acesso do paciente em todo o BMC:
    - i. Em departamentos e/ou áreas de espera onde são fornecidos serviços de internação, ambulatoriais, clínicos e de emergência.
    - ii. Em escritórios de Aconselhamento Financeiro de Pacientes
    - iii. Nas áreas centrais de admissão e registro de pacientes
  - c. Disponibiliza cópias da política, formulário de triagem, inscrição e Resumo em Linguagem Simples:
    - i. A pedido do paciente, pessoalmente, por telefone ou por correio.
    - ii. No site do Hospital, para consulta ou download em <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>
    - iii. Em locais de acesso de pacientes por todo o BMC
  - d. Fornece um aviso geral sobre a disponibilidade do programa de assistência financeira nas faturas dos pacientes.
- B. Todas as notificações publicadas e materiais escritos relativos ao FAP, incluindo o formulário de triagem, inscrição, PLS e brochuras educacionais, são traduzidos para outros idiomas além do inglês, se tal idioma for falado por 5% ou mais da população residente na área de serviço do BMC. Atualmente, todos os avisos visuais e materiais escritos são traduzidos para os seguintes idiomas:
- a. Inglês
  - b. Espanhol
  - c. Crioulo haitiano
  - d. Português
  - e. Crioulo português

## **V. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital**

- A. O BMC tem o dever fiduciário de buscar reembolso, pela prestação de serviços de pessoas físicas que podem pagar, de seguradoras terceirizadas que cobrem os custos dos cuidados e de outros programas de assistência para os quais o paciente é elegível.
- B. Conforme descrito na Política de Crédito e Cobrança, o BMC segue procedimentos razoáveis de faturamento e cobrança:
  - a. Cada fatura recebida por um paciente é uma tentativa de cobrar o saldo devido. Cada fatura incluirá informações para informar o paciente ou fiador sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo como solicitar e se inscrever para assistência;
  - b. O BMC documentará a atividade de cobrança contínua, que inclui no mínimo quatro (4) extratos de pacientes por um período de 120 dias antes da conta ser considerada para designação de inadimplência.
  - c. Em uma notificação final, o paciente ou fiador será avisado de que a conta pode ser encaminhada a uma agência de cobrança externa e informado sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira.

- d. O BMC documentará todos os esforços alternativos feitos para localizar uma parte responsável pelo saldo da conta ou para obter um endereço correto nas faturas devolvidas pelo serviço postal como "endereço incorreto" ou "impossibilidade de entrega".
  - e. O BMC documentará e manterá os dados relativos ao faturamento contínuo ou ações de cobrança realizadas com o propósito de revisões de auditoria por uma agência federal e/ou estadual para o relatório de custo do ano fiscal em que a fatura ou conta é reportada.
  - f. O BMC não buscará cobrança contínua ou ação de cobrança sobre saldos de contas de hospitais inferiores a US\$ 25,00, pois trata-se de custo proibitivo. No entanto, o BUMG continuará faturando e cobrando os saldos das contas superiores a US\$ 5 pela prestação de serviços médicos.
- C. Pacientes considerados inelegíveis para programas de assistência financeira, mas que podem demonstrar dificuldades financeiras devido a circunstâncias incomuns ou imprevistas, são incentivados a levar sua situação à atenção do Aconselhamento Financeiro do Paciente para Consideração Individual. O BMC, de acordo com sua Política de Crédito e Cobrança, pode aplicar discricionariedade e estender descontos além das outras disposições da Política de Assistência Financeira, caso a caso, para reconhecer casos únicos de dificuldades financeiras.
- D. A Política de Crédito e Cobrança do BMC está disponível para revisão no site do hospital em <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>.

**Responsabilidade:**

**Anexos/Apêndices:**

- Anexo A - Resumo em Linguagem Simples do BMC
- Anexo B - Resumo dos Documentos de Verificação Aceitáveis do FAP
- Anexo C - Diretrizes de Elegibilidade para Programas Beneficentes e Descontos
- Anexo D - Inscrição no Programa Beneficente do BMC

**Outras políticas relacionadas:**

- 09.11.000 Tratamento e Transferência de Pacientes de Emergência
- 08.26.000 Crédito e Cobrança

**Referências:**

**Seção:**

**Nº da política:**

Attachment A\_FAP Plain Language Summary



**Boston Medical Center**



## BMC Financial Assistance Policy: **Plain Language Summary**

Boston Medical Center, provides medically necessary care to all patients, regardless of race, color, religion, sex, national origin, age, disability, gender identity or expression, or the ability to pay. BMC offers financial assistance to low-income, uninsured or underinsured patients, who demonstrate need and an inability to pay for healthcare. BMC will work with patients to determine the patient's eligibility for financial assistance and help the patient apply for coverage under Medicaid or other state programs, federally qualified health plans, or assistance under the hospital's Charity Care Program. Patients eligible for the Charity Care Program will not be charged more than amounts generally billed for emergency or other medically necessary care.

### **Who is eligible?**

Low-income, uninsured and underinsured patients who require medically necessary care and are unable to pay for services may apply for financial assistance programs. Program eligibility is based upon guidelines which include an individual's household income, family size, medical needs, and state of residence. How a patient qualifies for financial assistance will determine the type of program for which they are eligible. Some patients will qualify for programs that do not require them to pay for services, while other programs may require an eligible patient to make a partial payment. Additionally, in Massachusetts, residents may qualify for Medical Hardship, a program available through the state's Health Safety Net. Regardless of household size and income, a person may qualify for Medical Hardship if their allowable medical expenses are greater than an established percentage of their household income. Patients determined ineligible for coverage under state or federal financial assistance programs will be evaluated for eligibility under the hospital's Charity Care Program.

### **How to Apply:**

Information about BMC's Financial Assistance Policy, Charity Care Program, and application, are available as follows:

- Contact Patient Financial Counseling at (617) 414-5155 or visit an office location, Monday through Friday, from 8 AM to 5 PM, at:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118; or
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (Ground Floor), Boston, MA. 02118
- Visit the Hospital website at <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program>
- Make a written request for program information and application instructions by mail to:  
Boston Medical Center  
Attention: Patient Financial Counseling  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118

Information is available to all patients in English, Spanish, Haitian Creole, Portuguese, and Portuguese Creole. Assistance to complete an the application in other languages is available through MassHealth's interpretive services at 1-800-841-2900 or by calling Patient Financial Counseling at 617-414-5155 or visiting an office location in Shapiro Center or Yawkey Center.

v.1\_10/2020

Attachment B\_Summary of FAP Acceptable Verification Documents



Date: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**Boston Medical Center Charity Care Program**

To apply for the BMC's Charity Care Program, please complete and return the application and include copies of documents to verify your household income, assets, and home address. A list of acceptable documents is provide below. The application and documentation requested may be returned as follows:

- **By Fax:** (617) 414-4024, or (617) 414-7584
- **By Email:** [patfinoutreach@bmc.org](mailto:patfinoutreach@bmc.org)
- **By Delivery:**

<b>Patient Financial Services</b> 725 Albany Street (Shapiro Building) 3 <sup>rd</sup> floor Suite 3C Business Hours: Monday - Friday, 8 AM to 5 PM Office Phone: (617) 414-5161	<b>Patient Financial Services</b> 850 Harrison Avenue (Yawkey Building) Basement Level - Room BR03 Business Hours: Monday - Friday, 8 AM to 5 PM Office Phone: (617) 414-5163
--	---

\* BMC reserves the right to request additional documentation, not listed below, as needed to determine program eligibility.

Acceptable Verification Documents	
<b>Proof of Identity</b>	<input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> State Issued Driver's License <input type="checkbox"/> State Issued Picture ID <input type="checkbox"/> School ID
<b>Proof of Residency</b>	<input type="checkbox"/> Bank Statements <input type="checkbox"/> Government Documents <input type="checkbox"/> Court Documents <input type="checkbox"/> Income Tax Statement <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Vehicle Registration <input type="checkbox"/> Auto Insurance Card <input type="checkbox"/> Lease Agreement or Mortgage Document <input type="checkbox"/> Written affidavit*
<b>Proof of Income</b>	<input type="checkbox"/> Recent Pay Stubs: 2 (if weekly) or 1 ( if bi-weekly) <input type="checkbox"/> Most recent copy of 1040 Federal Tax Return Form <input type="checkbox"/> Letter from Employer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letter must include: Applicant's name; date of hire; rate of pay and frequency of paycheck, (weekly or bi-monthly); employer's name and contact information.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Self-Employment Verification <ul style="list-style-type: none"> <li>• Most recent copy of 1040 federal tax Form and attachments</li> <li>• Written affidavit*</li> </ul> <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Spousal Support/Alimony <input type="checkbox"/> Pension or Annuities: Photocopy of award letter or check stubs. <input type="checkbox"/> Rental income: tax bill, owner's insurance, water, and sewerage bills <input type="checkbox"/> Unemployment Compensation <input type="checkbox"/> Veteran Benefits <input type="checkbox"/> Worker's Compensation
<b>Assets Verification</b>	<input type="checkbox"/> Bank Statement(s) <input type="checkbox"/> Stocks, Bonds, Mutual Funds, Etc. <input type="checkbox"/> Property Value <input type="checkbox"/> IRA's & Keough's <input type="checkbox"/> Trust Funds <input type="checkbox"/> Life Insurance(s)

To avoid delays in obtaining coverage, documents must be returned to Patient Financial Services by \_\_\_\_\_.

v.1\_08/2020

Attachment C\_Charity Care Program Eligibility Guidelines and Discount



<b>BMC Charity Care Program Guidelines for Eligibility</b>			
<b>Eligibility Designation</b>	<b>0 - 150% FPG</b>	<b>151% - 300% FPG</b>	<b>Over 300% FPG</b>
<b>Uninsured</b>	100% Discount	90% Discount	70% Discount
<b>Underinsured</b>	100% Discount	90% Discount	Not Eligible Patient is responsible for balance after insurance
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Asset Limits may not exceed \$3,000 for the applicant and \$3,000 per each household member</li> <li>* Asset determinations do not include primary residence or primary automobile</li> </ul>			

<b>2021 Federal Poverty Level Guidelines</b>										
<b>Family Size</b>	<b>100% FPG</b>		<b>125% FPG</b>		<b>187.5% FPG</b>		<b>200% FPG</b>		<b>300% FPG</b>	
	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>
<b>1</b>	\$12,880	\$1,073	\$16,100	\$1,342	\$24,150	\$2,013	\$25,760	\$2,147	\$38,640	\$3,220
<b>2</b>	\$17,420	\$1,452	\$21,775	\$1,815	\$32,663	\$2,722	\$34,840	\$2,903	\$52,260	\$4,355
<b>3</b>	\$21,960	\$1,830	\$27,450	\$2,288	\$41,176	\$3,431	\$43,920	\$3,660	\$65,880	\$5,490

Attachment D\_BMCHS Charity Program Application



**Boston Medical Center Health System**  
**Charity Program Application**



Patient's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name (if patient is a child) \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

<b>Home Address</b>	<b>Mailing Address</b> _____ <input type="checkbox"/> Check if Same as Home Address
Street _____ Apartment or Unit # _____	Street _____ Apartment or Unit # _____
City _____ State _____ Zip Code _____	City _____ State _____ Zip Code _____

**Marital Status:**  Single  Married  Divorced  Widowed **Are you employed?**  No  Yes **If yes, how long?** \_\_\_\_\_

**Employer's Name:** \_\_\_\_\_ **Employer offers health insurance?**  No  Yes

Complete the table for HOUSEHOLD MEMBERS AND HOUSEHOLD INCOME below. Provide names and income information for all persons living in your home. Please use the income codes provided to identify the type of income received for each person.

HOUSEHOLD MEMBERS AND HOUSEHOLD INCOME							
Types of Income and Income Code							
Earned Income	EI	Supplemental Security Income	SSI	Veteran's Administration	VA	Child Support	CS
Self-Employment Income	SE	Social Security Disability Income	SSDI	Worker's Compensation	WC	Spousal Support	SS
Social Security Retirement	SSR	Unemployment Compensation	UC	Pension or Annuity	PA	Rental Income	RI
Name	Relationship to Applicant	Date of Birth	Age	Income Type by Code	Income Amount (Yr./Mo./Wk.)		
	Self				\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		

If you need additional space to include all household members, then please use the back of the form.

**ASSETS - Banking Information**

Checking Account:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

Savings Account:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

Money Market:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

**ASSETS - Housing and Property Information**

Own a home?  No  Yes Mortgage: \$ \_\_\_\_\_/monthly Rent/Lease?  No  Yes \$ \_\_\_\_\_/monthly

Own other property?  No  Yes Estimated Value: \$ \_\_\_\_\_ Own vehicles?  No  Yes How many vehicles? \_\_\_\_\_

**By signing below, I agree to the following statements:**

- I declare, under penalty of perjury, that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.
- I will provide all verification documents required to determine my eligibility for the BMCHS Charity Program.
- I understand that if I do not qualify for the Charity Program, I will be personally liable for charges associated with the services provided by BMCHS, or I may appeal the denial decision in writing with additional documentation.

Signature of Patient (or) Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Patient's Spouse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

