

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham

Harap dicetak dan lengkapi seluruh bagian pada permohonan yang sesuai dengan Anda. **Permohonan ini tidak dapat dilengkapi secara elektronik.** Harap baca seluruh instruksi sebelum melengkapi permohonan.

Permohonan ini digunakan untuk mengevaluasi kelayakan Anda atas bantuan finansial pada tagihan medis dari penyedia Mass General Brigham. Anda dapat menggunakan permohonan ini untuk meminta bantuan atas tagihan perawatan kesehatan dari salah satu entitas Mass General Brigham berikut ini.

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates (Rekanan Mass Eye and Ear)
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Bantuan Finansial Mass General Brigham tidak dianggap sebagai pengganti untuk mendaftar pada suatu program asuransi kesehatan atau rencana bantuan yang tersedia. Meskipun program mencakup seluruh Layanan Yang Diperlukan Secara Medis, diskon bervariasi bergantung pada tipe layanan yang disediakan dan lokasi tempat perawatan tersebut diberikan. Harap merujuk pada kebijakan lengkap di situs web kami untuk detail tentang apa saja yang dicakup. Berikut adalah daftar sebagian layanan yang biasanya dikecualikan.

- Penolakan di Luar Jaringan
- Operasi Kosmetik
- Layanan Kemandulan (ART & IVF)
- Sebagian besar perawatan yang diperlukan secara non-medis, termasuk Layanan Bypass Lambung
- Barang Sehari-hari Pasien termasuk akomodasi premium
- Layanan yang ditentukan sebagai "Hanya untuk Pembayaran Pribadi"

Kegagalan mendaftar pada program bantuan pemerintah yang kemungkinan Anda memenuhi syarat dapat berakibat pada keterlambatan atau penolakan atas permohonan Anda. Jika Anda memerlukan bantuan dalam pendaftaran program bantuan pemerintah, salah satu Penasihat Finansial Mass General Brigham kami dapat membantu.

Ada harus sepenuhnya mengungkapkan pertanggungjawaban lain, klaim kewajiban pihak ketiga, pertanggungjawaban kendaraan bermotor, atau pertanggungjawaban kompensasi pekerja untuk dipertimbangkan.

Jika Anda memiliki pertanyaan atas permohonan ini, silakan hubungi [Layanan Finansial Pasien](#) di rumah sakit Anda atau telepon (617) 726-3884.

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham

Daftar periksa permohonan

- ☐ Lengkapi seluruh bagian yang sesuai pada permohonan- suatu bagian akan ditunjukkan jika dapat dibiarkan kosong.
- ☐ Sertakan salinan SIM Anda, identifikasi foto, atau dokumen lainnya yang memverifikasi tempat tinggal Anda saat ini. Semua yang diserahkan harus menyertakan nama Anda (Bagian 1).
- ☐ Sertakan beberapa verifikasi penghasilan (Bagian 3 dan Bagian 4).
 - Sertakan salinan IRS 1040 atau 1040A Anda yang terbaru
 - Jika ada perubahan baru dalam penghasilan Anda, sertakan dokumen seperti perincian cek (minimal 4), pernyataan tidak bekerja, rekening bank/investasi, dan/atau rekening jaminan sosial.
- ☐ Jika keluarga Anda melebihi 300% dari Panduan Kemiskinan Penghasilan Federal AS, Anda harus melengkapi juga Bagian 5. Anda melebihi 300%FPL jika penghasilan Anda melebihi batas berikut ini:
 - Silakan lihat ukuran keluarga tahun ini atau tambahan di Panduan Kemiskinan Federal di situs web berikut ini; <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ☐ Aset dapat digunakan untuk menentukan potensi Anda dalam membayar tagihan medis. Anda perlu memberikan informasi tentang aset Anda jika salah satu dari hal berikut ini sesuai dengan Anda (Bagian 6):
 - Tempat tinggal permanen Anda berada di luar Amerika Serikat
 - Anda meminta diskon untuk layanan yang secara umum tidak memenuhi syarat (misalnya perawatan yang tidak terkait kondisi darurat, pembayaran bersama, asuransi bersama, dan pengurangan-pengurangan).
 - Anda meminta diskon di McLean Hospital, Mass General Brigham Healthcare at Home, atau fasilitas Spaulding Network.
- ☐ Kembalikan permohonan yang telah dilengkapi langsung ke salah satu [Penasihat Finansial Pasien MGB](#) ATAU kirim ke:

Mass General Brigham
Patient Billing Solutions (Solusi Penagihan Pasien)
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Untuk memastikan tinjauan segera atas permohonan Anda, harap lengkapi seluruh bagian kecuali dinyatakan sebaliknya. Pemrosesan permohonan akan tertunda jika Anda melewatkan informasi atau dokumen yang diperlukan.

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham
1. Informasi Dasar

Harap lengkapi bagian tentang pemohon ini. Pemohon adalah pasien atau orang yang bertanggung jawab secara finansial untuk pasien.

Dokumen yang Diperlukan: Harap sertakan dokumen yang memverifikasi tempat tinggal: SIM, identifikasi foto, atau dokumen lainnya yang memverifikasi tempat tinggal Anda saat ini. Semua yang diserahkan harus menyertakan nama Anda.

Nama belakang		Nama depan	MI
Tanggal lahir		Jenis Kelamin Laki-laki ☐ Perempuan ☐	
Nomor telepon Rumah: () Kantor: () Ponsel: ()		Alamat surat (termasuk kota, negara bagian, dan kode pos)	
Nama pasien <i>(jika berbeda dengan pemohon)</i>		Tanggal layanan pasien (termasuk lokasi tempat layanan diberikan)	
Tanggal lahir pasien <i>(jika berbeda dengan pemohon)</i>			
Nomor Rekam Medis (MRN) Pasien dan Nomor Akun (rekening)			

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham

2. Informasi Keluarga

Jika sesuai, harap cantumkan pasangan dan anak-anak pemohon yang berumur di bawah 19 tahun yang tinggal bersama pemohon. Bagian ini dapat dibiarkan kosong jika pemohon tidak tinggal dengan pasangan atau anak-anak.

Nama anggota keluarga	Hubungan	Tanggal lahir

3. Penghasilan yang Didapatkan

Harap lengkapi bagian ini dengan penghasilan yang didapatkan untuk pemohon dan masing-masing anggota keluarga yang tercantum pada Bagian 2 yang bekerja. **Cantumkan penghasilan kotor, yaitu penghasilan sebelum pajak dan pengurangan-pengurangan.** Bagian ini dapat dibiarkan kosong jika pemohon dan anggota keluarganya tidak memiliki penghasilan.

Dokumen yang Diperlukan: Harap sertakan dokumen yang memverifikasi penghasilan ini: Perincian pembayaran, pajak penghasilan, rekening W2, rekening koran, atau bukti lain.

Nama anggota keluarga yang bekerja	Nama pemberi kerja dan alamat	Jumlah kotor yang dihasilkan	Frekuensi <i>Centang salah satu</i>	Hanya penggunaan fasilitas
			☐ Mingguan ☐ Bulanan ☐ Tahunan	
			☐ Mingguan ☐ Bulanan ☐ Tahunan	
			☐ Mingguan ☐ Bulanan ☐ Tahunan	
			☐ Mingguan ☐ Bulanan ☐ Tahunan	

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham

4. Penghasilan Lain

Harap lengkapi bagian ini dengan penghasilan lain untuk pemohon dan masing-masing anggota keluarga yang tercantum pada Bagian 2 yang menerima penghasilan lain. Penghasilan lain adalah uang yang Anda terima yang bukan berasal dari seorang pemberi kerja. **Cantumkan penghasilan kotor, yaitu penghasilan sebelum pajak dan pengurangan-pengurangan.** Bagian ini dapat dibiarkan kosong jika pemohon dan anggota keluarganya tidak memiliki penghasilan lain.

Dokumen yang Diperlukan: Harap sertakan dokumen yang memverifikasi penghasilan ini: Perincian pembayaran, pajak penghasilan, rekening W2, rekening koran, atau bukti lain.

Tipe penghasilan	Penghasilan yang diterima anggota keluarga	Jumlah kotor yang diterima	Frekuensi <i>lingkari salah satu</i>	Hanya penggunaan fasilitas
Tidak bekerja			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Jaminan Sosial			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Manfaat veteran			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Anuitas dan Pensiun			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Tunjangan & Pemeliharaan Anak			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Pendapatan Sewa			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Kompensasi Pekerja			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Penghasilan Dividen dan Bunga			Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Lainnya			Mingguan, Bulanan, Tahunan	

5. Pengeluaran Perawatan Kesehatan Lainnya

Bagian ini mungkin tidak sesuai untuk Anda. Harap lengkapi bagian ini hanya jika pendapatan keluarga Anda lebih dari 300% Panduan Kemiskinan Penghasilan Federal (sebagaimana diuraikan di halaman 2).

Jika Anda melebihi 300% Panduan Kemiskinan Penghasilan Federal, Anda perlu mencantumkan pengeluaran perawatan kesehatan dari lokasi yang tidak tercantum pada halaman 1 (misalnya, fasilitas yang bukan Mass General Brigham HealthCare). Bagian ini dapat dibiarkan kosong jika pendapatan keluarga Anda kurang dari 300%, atau jika Anda tidak memiliki pengeluaran perawatan kesehatan dari fasilitas di luar MGB HealthCare. Dokumen mungkin akan diminta, tetapi tidak diperlukan saat ini.

Pengeluaran medis	Jumlah Total	Frekuensi	Hanya penggunaan fasilitas <i>Biaya Total</i>
Tagihan Medis		Mingguan, Bulanan, Tahunan	
Tagihan Obat		Mingguan, Bulanan, Tahunan	

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham**6. Informasi Aset**

Bagian ini mungkin tidak sesuai untuk Anda. Harap lengkapi bagian ini hanya JIKA:

- Tempat tinggal permanen Anda berada di luar Amerika Serikat **ATAU**
- Anda meminta diskon untuk layanan perawatan yang tidak terkait kondisi darurat, pembayaran bersama, asuransi bersama, atau pengurangan-pengurangan. Pasien yang meminta bantuan finansial untuk perawatan yang tidak terkait kondisi darurat yang diberikan di entitas Spaulding Network atau McLean Hospital tidak perlu memberikan informasi aset.

Bagian ini dapat dibiarkan kosong jika Anda tidak sesuai dengan kategori yang dicantumkan di atas.

Dokumen yang Diperlukan: Harap sertakan dokumen yang memverifikasi penghasilan ini: rekening koran atau bukti lainnya.

Anda tidak perlu memasukkan tempat tinggal utama Anda (tempat Anda tinggal)

Aset	Pemilik	Nama bank atau perusahaan	Nilai tunai
Rekening Tabungan			
Rekening Cek			
Rekening Credit Union			
Dana Perwalian			
Saham/Obligasi			
Rekening Pasar Uang			
Reksa Dana			
Properti komersial atau investasi			
Lainnya			

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham**7. Otorisasi**

Harap baca bagian ini dengan cermat dan tanda tangan di bawah.

Seluruh informasi dalam permohonan ini sejauh pengetahuan saya adalah benar. Saya setuju memberikan dokumen tambahan jika diminta. **Saya memahami bahwa informasi rahasia ini tidak dapat diungkapkan kepada pihak mana pun di luar Mass General Brigham tanpa persetujuan saya sebelumnya.**

Tanda tangan pemohon

Tanggal

Jika penanda tangan mewakili pelamarpermohon: Seluruh informasi dalam permohonan ini sejauh pengetahuan saya adalah benar.

Tanda tangan perwakilan resmi

Tanggal

Nama perwakilan resmi

Hubungan dengan pemohon

Nomor Telepon yang Dapat Dihubungi

Sebelum menyerahkan permohonan ini, mohon pastikan bahwa Anda telah melengkapi seluruh bagian yang sesuai pada aplikasi ini dan telah menyertakan seluruh dokumen yang diminta. Permohonan yang tidak lengkap tidak akan disetujui.