

Formulário de despesas médicas não cobertas

Departamento de Assistência Transitória de Massachusetts



Instruções Qualquer pessoa com 60 anos ou mais ou que receba benefícios por deficiência pode enviar despesas médicas não cobertas ao DTA. Preencha todo o formulário. Escreva apenas as informações que você possui. Você será informado caso tenha que fornecer informações adicionais. Preencha um formulário para cada pessoa elegível em seu caso SNAP. Se precisar de mais espaço, anexe uma folha adicional.

Certifico, até onde me é dado saber, que as informações a seguir são completas e verdadeiras.

Nome da pessoa com mais de 60 anos ou portadora de deficiência

ID da agência do DTA

Sua assinatura

Data

Envie essas informações ao DTA através de um dos seguintes meios:

- **Online:** DTACConnect.com ou aplicativo DTA Connect
- **Telefone:** Central de Atendimento do DTA no número 877-382-2363
- **Correio:** DTA Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- **Fax:** (617) 887-8765
- **Pessoalmente:** Digitalize em um escritório local do DTA

Despesas médicas recorrentes

Co-pagamentos	Custo	Frequência (circule uma opção)		
<input type="checkbox"/> Médico, hospital	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Dentista	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Quiropraxia	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental	\$ _____	semanal	mensal	anual

(Formulário continua no verso.)

Despesas de farmácia		Custo		
<input type="checkbox"/> Prescrições	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Medicamentos/itens não controlados	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Itens para tratar ferimentos	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Fraldas geriátricas	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Vitaminas e medicamentos a base de ervas	\$ _____	semanal	mensal	anual
Custos de itens médicos		Custo		
<input type="checkbox"/> Aparelhos auditivos/baterias	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Lentes de contato	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Itens de controle de diabetes	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Adesivos	\$ _____	semanal	mensal	anual
Outros custos relacionados à saúde		Custo		
<input type="checkbox"/> Tratamento domiciliar ou em ambulatório	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Mensalidade da academia	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Acupuntura ou medicina alternativa	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Custos com animal de serviço	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Limpeza	\$ _____	semanal	mensal	anual
Prêmios do seguro: Nome do provedor		Custo		
<input type="checkbox"/> Saúde: _____	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Medicamento: _____	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Outro: _____	\$ _____	semanal	mensal	anual
Viagem (não dirige)		Custo		
<input type="checkbox"/> Táxis, carona compartilhada (Uber, Lyft etc.)	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Transporte público/The Ride	\$ _____	semanal	mensal	anual
<input type="checkbox"/> Estacionamento, pedágios	\$ _____	semanal	mensal	anual
Viagem de carro: Com destino a qualquer consulta médica ou farmácia. Ida e volta em 2 viagens.				

(Formulário continua no verso.)

Nome do provedor e endereço (rua, cidade) Número de viagens

Nome: _____ semanal mensal anual

Endereço: _____

Nome: _____ semanal mensal anual

Endereço: _____

Outras despesas médicas pontuais

Custos não recorrentes

Custo

- ☐ Óculos \$ _____
- ☐ Cadeira de rodas \$ _____
- ☐ Andador \$ _____
- ☐ Próteses \$ _____
- ☐ Muletas \$ _____
- ☐ Dentaduras \$ _____

Custos não recorrentes (cont.)

Custo

- ☐ Equipamento de comunicação \$ _____
- ☐ Procedimento médico \$ _____
- ☐ Outro _____ \$ _____
- ☐ Outro _____ \$ _____