

## PESQUISA SOBRE DIVIDA MEDICA JUNTO AO CONSUMIDOR

Agradecemos pelo seu tempo respondendo esse questionario. Esta pesquisa sera usada para reunir informacoes sobre quanto o problema de dividas medicas afetam as pessoas nas areas de Metro West e Worcester. A organizacao Health Law Advocates, Inc. and Health Care For All sao organizacoes sem fins lucrativos que trabalham para defender e ajudar as comunidades a superar barreiras dentro do sistema de saude. Se Voce tiver alguma duvida ou quiser mais informacoes, por favor visite nosso site no [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) ou [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) voce pode ligar (617) 338-5241 ou nossa linha de ajuda no 1800 272 4232 HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

**Suas respostas seram mantidas em completo sigilo.**

### A. INFORMACOES PESSOAIS E DA FAMILIA

---

1. Sexo  
 Masculino       Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Cor/Raça  
 Branca                       Indio                                       Latino  
 Negra                       Asiático/Ilhas do Pacifico                       Outro: \_\_\_\_\_
4. Qual idioma que voce fala, le, escreve ou entende? (*cheque/marque todas que se aplicam*)  
 Portugues                       Espanhol  
 Inglês                       Outro. Por favor especifique: \_\_\_\_\_
5. Qual a renda total de sua família (sem os descontos)? \_\_\_\_\_
6. Quantas pessoas (incluindo você) vivem em sua residência? \_\_\_\_\_
7. Qual o seu estado empregaticio atualmente? (marque todas que se aplicam)  
 Tempo integral                       Meio período (quantos empregos? \_\_\_\_ )  
 Conta própria / autônomo                       Estudante                       Trabalho temporário (“temp”)  
 Trabalho por temporada/ Estação                       Desempregado  
 Outro. Por favor descreva: \_\_\_\_\_
8. Qual o seu código postal/? \_\_\_\_\_

### B. DIVIDA MEDICA

---

9. Você ou algum membro de sua família atualmente deve algum dinheiro para algum dos hospitais abaixo: (*circule todos que se aplicarem*)
  - a. St. Vincent’s Hospital/Worcester Medical Center
  - b. MetroWest Medical Center’s Framingham Union Hospital
  - c. MetroWest Medical Center’s Outpatient Wellness Center in Framingham
  - d. MetroWest Medical Center’s Leonard Morse Hospital in Natick
  - e. Não, Eu não devo dinheiro para nenhum dos hospitais listados acima mas eu tenho débitos medicos(especifique): \_\_\_\_\_
  - f. Não, Eu não devo dinheiro para nenhum destes hospitais e eu nao tenho débitos médicos

**Caso sim, você deve dinheiro para um destes hospitais, por favor responda todas as perguntas**

**Caso não, você não deve dinheiro para um destes hospitais, Por favor pare aqui. Você não precisa completar o resto do questionário.Obrigado.**

### C. PLANO DE SAUDE

---

10. Você ou algum membro de sua família nao vao ao medico por que ficam preocupados com as contas que teriam que pagar?

- a. Sim
- b. Nao

11. Caso sim, Qual o tratamento que você deixou de receber? \_\_\_\_\_

12. Você tinha seguro saúde quando recebeu o tratamento que resultou na conta hospitalar que não pôde pagar?

- a. Sim **Caso sim, por favor complete as questões 13-15**
- b. Não **Caso não, vá para as questões 16-17**

**SIM, EU TINHA seguro saúde quando fui tratado no hospital:**

13. Que tipo de seguro saúde você tinha?

- a. Pelo seu trabalho/União
- b. COBRA (tinha seguro pela meu trabalho, mas nao trabalho mais la)
- c. Esposo/esposa, partner ou familiar.
- d. Escola/Faculdade
- e. Medicare
- f. MassHealth
- g. Commonwealth Care (**por favor circule uma das opticoes:** Fallon Community Health Plan, BMC HealthNet Plan, Neighborhood Health Plan, Network Health)
- h. CommChoice
- i. Plano de saude particular/individual
- j. Medical Security Plan (Desempregado)
- k. Health Safety Net/Uncompensated Care Pool/Free Care
- l. Other:\_\_\_\_\_

14. Você ficou algum periodo sem cobertura de seguro de saude que pode ter resultado em contas de hospital?

- a. Sim (Por favor,explique: )\_\_\_\_\_
- b. Não

15. Qual foi o valor que voce teve que desembolsar antes de seu seguro saúde cobrir sua conta médica (valor de sua dedução)?

- a. Eu não tenho dedução
- b. \$0-\$1,999
- c. \$2,000-4,999
- d. \$5,000 ou mais
- e. Outro:\_\_\_\_\_
- f. Eu não sei

**Por favor vá para a questão #18**

**Perguntas? Gostaria de mais informacoes? Visite nosso site [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) e [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) or call (617) 338-5241 or our Helpline at 1-800-272-4232 Ou 617 275-2925 Ou 617 275-2941**

**HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

**Nao, eu nao tinha seguro saúde quando fui tratado no hospital:**

16. Por que você não tinha seguro saúde? (*circule todos que se aplicarem*)
- Eu não pensei que precisava
  - Eu não tinha condicao de pagar pelo seguro saúde
  - Meu trabalho nao ofereceu seguro de saude.
  - Meu trabalho ofereceu seguro de saude, mas nao tinha condicoes de pagar.
  - Meu trabalho ofereceu seguro de saude, mas eu nao aceitei.
  - Trabalho por conta própria e não tinha condicoes de pagar um plano de saude particular.
  - Eu não submeti os documentos necessários para MassHealth ou outro programa de seguro
  - A cobertura do meu seguro havia terminado ou havia sido cancelada e eu não sabia
  - Outra. Por favor descreva: \_\_\_\_\_
17. O hospital pediu que você pagasse antes de te dar os cuidados medicos?
- Sim
  - Não

**As perguntas seguintes sao a respeito de informações sobre o(s) hospital(is) que você circulou na Questão #9 da Seção B “DÉBITOS MÉDICOS”.**

**D. SOBRE SUAS CONTAS MÉDICAS**

---

18. Quanto dinheiro você deve ao(s) hospital(is) pelas contas não pagas?
- |                      |                     |                    |                     |
|----------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| a. Menos de \$500    | b. \$500-\$1,000    | c. \$1,001-\$5,000 | d. \$5,001-\$10,000 |
| e. \$10,001-\$50,000 | f. \$50,001 ou mais | g. Outro: _____    |                     |
19. Você já teve atendimento negado no hospital porque você devia dinheiro pelas contas médicas?
- Sim
  - Não

**E. INFORMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

---

20. Como você soube que o hospital pode te ajudar com suas contas médicas?
- Eu não sabia que o hospital poderia ajudar com contas medicas.
  - Eu vi um anúncio ou aviso público no hospital
  - Eu falei com o funcionario medico do hospital
  - Eu falei com o funcionario do service financeiro no hospital
  - Eu recebi informação ou aviso em uma conta médica
  - Eu recebi avisos de uma agencia coletora de debitos.
  - Eu contactei uma organização de advocacia nao hospitalar.
  - Outro. Por favor descreva: \_\_\_\_\_
21. Quando você aprendeu/soube que o hospital oferece assistência financeira?
- Antes de receber cuidados médicos
  - Durante os cuidados médicos
  - Após receber cuidados médicos
  - Após receber uma conta hospitalar
  - Após a conta hospitalar ir para collections

**Perguntas? Gostaria de mais informacoes? Visite nosso site [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) e [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) or call (617) 338-5241 or our Helpline at 1-800-272-4232 Ou 617 275-2925 Ou 617 275-2941**

**HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

- f. Eu não tinha conhecimento de que o hospital oferecia assistência financeira
- g. Outro: \_\_\_\_\_
22. Qual tipo de assistência financeira o hospital ofereceu a você? (circule todas que se aplicam)
- Perdão do débito/dívida
  - Plano de pagamento
  - Desconto no pagamento a vista, ou outros descontos no total da dívida.
  - Me deu uma aplicação para o MassHealth
  - Me deu uma aplicação para o Health Safety Net/Free Care Pool/Uncompensated Care Pool
  - Me deu uma aplicação para hospital de caridade
  - Oportunidade para falar com uma pessoa que ajuda com problemas de contas hospitalares.
  - O hospital não me ofereceu nenhuma assistência
  - Eu não procurei ajuda pelo hospital [Por que não? \_\_\_\_\_]
  - Outro. Por favor, descreva \_\_\_\_\_
23. Se o hospital deu a você alguma aplicação, eles te ajudaram a preenche-la?
- Sim
  - Não
24. Se no hospital você falou com uma pessoa que ajuda com contas hospitalar, por favor nos diga como voce foi orientado: \_\_\_\_\_  
Em qual lingual/indiomia ele falaram com você? \_\_\_\_\_
25. Após obter ajuda, que tipo de assistência financeira você recebeu? (*circule todas as que se aplicarem*)
- Eles me inscreveram no programa de saude da MassHealth
  - Eles me inscreveram no programa do Health Safety Net/Free Care Pool/ Uncompensated Care Pool.
  - Recebi cuidados pelo servico de caridade do hospital.
  - O hospital perdôou minha dívida/débito
  - Eu fui colocado em um plano de pagamento
  - Outro: \_\_\_\_\_
26. Quando voce recebeu avisos do hospital ou/e do servico de assistencia de contas hospitalares eles foram emitidos em um lingua/indiomia que voce entende?
- Sim [Caso Sim, qual lingual/indiomia? (*marque todas que se aplicam*):
  - Inglês  Espanhol  Portugues]
  - Não

## F. PLANOS DE PAGAMENTO HOSPITALAR

---

27. Se você tem um plano de pagamento hospitalar, como conseguiu ele?
- O hospital me ofereceu ele sem meu pedido
  - Eu pedi ao hospital para fazer um plano de pagamento para mim
  - Eu não tenho um plano de pagamento de contas hospitalar (**por favor passe para a questão #35**)
28. Se o hospital ofereceu a você um plano de pagamento, quando eles o ofereceram?
- Antes deles me cobrarem a conta.

**Perguntas? Gostaria de mais informacoes? Visite nosso site [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) e [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) or call (617) 338-5241 or our Helpline at 1-800-272-4232 Ou 617 275-2925 Ou 617 275-2941**

**HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

- b. Depois deles me cobrarem a conta.
- c. Quando eu liguei para falar sobre minha conta.
- d. Antes da minha conta ter sido emitida para a agencia de cobranca de debitos.
- e. Após minha conta ter ir para o a agencia de cobranca de debitos.
- f. O hospital não me ofereceu um plano de pagamento.
- g. Outros, por favor descreva: \_\_\_\_\_

29. Qual foi o valor total de dinheiro devido originalmente no plano de pagamento?

30. Se o hospital ofereceu um plano de pagamento, qual foi o pagamento mínimo mensal?

- a. Menos que \$25 por mês
- b. \$25 por mês
- c. \$26-\$100 por mês
- d. \$101-\$250 por mês
- e. Acima de \$250 por mês
- f. Outros, por favor descreva: \_\_\_\_\_

31. De quanto tempo foi/ou é o seu plano de pagamento?

- a. Plano de pagamento em 12 parcelas .
- b. Plano de pagamento em 20 parcelas.
- c. Outros, por favor descreva: \_\_\_\_\_

32. O hospital cobrou juros no seu plano de pagamento?

- a. Sim [Caso Sim, quanto?: 0% 1-3% 3.1-5% 5.1-10% Mais que 10%]
- b. Não
- c. Eu não sei

33. Se você não conseguiu pagar em dia as parcelas da divida, quais foram as consequencias?

- a. Houve cobranca de juros sobre a divida.
- b. Houve cobranca de juros e mora sobre a divida.
- c. Eles me pediram para aumentar o valor pago em cada parcela restante.
- d. Minha conta foi enviada para o servico de protecao ao credito (meu nome ficou sujo no Mercado)
- e. Minha conta foi enviado para a agencia de cobranca de debitos do hospital.
- f. Minha conta foi enviada para outra agencia de cobranca de debitos.
- g. Quitei todas as parcelas da minha divida.
- h. Outros. Por favor descreva: \_\_\_\_\_

34. Quanto dinheiro você deve agora depois da sua divida ter sido parcelada? \_\_\_\_\_

## F. SERVICO DE COBRANCA DE DEBITO

---

35. Você já foi contactado por uma agência de cobrança devido a contas hospitalares não pagas?

- a. Sim
- b. Não (**Caso não, por favor vá para a seção G**)

36. Caso Sim, a agência de cobrança fazia parte do hospital ou uma agência de cobrança externa?

**Perguntas? Gostaria de mais informacoes? Visite nosso site [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) e [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) or call (617) 338-5241 or our Helpline at 1-800-272-4232 Ou 617 275-2925 Ou 617 275-2941**

**HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

- a. Funcionario do hospital
- b. Agencia de cobranca de debito (fora do hospital)
- c. Ambas
- d. Eu não sei

37. Quais opções de pagamento a agência de cobrança te ofereceu?

- a. Parcelamento da dívida.
- b. Somente o pagamento total a vista.
- c. Redução do total devido.
- d. Outros, por favor descreva: \_\_\_\_\_

38. Se você não pôde fazer os pagamentos, o que a agência de cobrança fez? (circule todas que se apliquem)

- a. Usou meu carro como garantia de pagamento.
- b. Usou minha casa como garantia de pagamento.
- c. Coletou o valor direto do seu salário.
- d. Enviou minhas contas para o Serviço de Proteção ao Crédito (meu nome ficou sujo no Mercado).
- e. Fui ameaçado, pressionado a pagar minha dívida.
- f. Outros, por favor descreva: \_\_\_\_\_

### G. INFORMACAO DE CONTATO

---

Agradecemos novamente pelo tempo dispensado respondendo este questionário. Essa seção é opcional. Se você optar em preencher esta seção, sua informação será mantida em completo sigilo. A HLA (Health Law Advocates) e HCFA (Health Care For All) somente entrará em contato com você com sua permissão. Sua informação nos ajudará a saber onde tem mais consumidores precisando de ajuda, e assim então poderemos lutar por melhores serviços e programas para essas áreas.

Nome: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Rua/Endereço de correspondência: \_\_\_\_\_ Apt/Suite/Office:  
\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal:  
\_\_\_\_\_

Você gostaria que a Health Law Advocates ou a Health Care For All te contatasse diretamente se existir algum programa gratuito/ou uma organização pela qual você se beneficiaria?

- sim
- Não

Numero de Telefone: \_\_\_\_\_

Email:

(Por favor escreva em letra de forma)

**Perguntas? Gostaria de mais informações? Visite nosso site [www.healthlawadvocates.org](http://www.healthlawadvocates.org) e [www.hcfama.org](http://www.hcfama.org) or call (617) 338-5241 or our Helpline at 1-800-272-4232 Ou 617 275-2925 Ou 617 275-2941**

**HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**