

CANDIDATURA PARA AJUDA FINANCEIRA HOSPITALAR

Qualquer aprovação deste pedido é temporária e expira 12 meses após a data de aprovação

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:
Doente:	Abonador/Conjuge:	
N.º reg. medico:	N.º reg. medico:	
Data de nascimento:	Nº de Segurança Social (se emitido):	
Nº de Segurança Social (se emitido):	Telefone de casa:	
Telefone de casa:	Telefone do trabalho:	
Telefone do trabalho:	Relação com o doente:	
Morada de casa:	Morada:	
Ocupação e empregador:		
Morada do Empregador:		
Língua: <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Não-inglês		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não-hispânica <input type="checkbox"/> Sem etnia identificada		
Raça: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Índio-Americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Preto/Afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo do Hawai/Ihéu do pacífico		
<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Outra ou múltiplas raças <input type="checkbox"/> Sem raça identificada		

Forneça a informação seguinte para TODOS os membros da unidade familiar, EXCETO o Doente ou Abonador.

Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de segurança social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
RENDIMENTO MENSAL	ATIVOS		
Salário e Rendimentos do doente:	Poupanças:		
Salário e Rendimentos do Cônjuge:	Conta corrente:		
Salário e Rendimentos do Abonador:	Certificados de depósito (CD):		
Rendimento de Trabalho por conta própria:	Conta do mercado monetário:		
Rendimento proveniente de apoio a menores:	Títulos de poupança:		
Rendimento de Renda:	Ações:		
Fundo de Desemprego:	Obrigações:		
Seguro de Invalidez Temporária:	Fundos mutualistas:		
Pensão de alimentos de menores:	IRA:		
Pensão de alimentos a ex-cônjuge:	401(k)s:		
Seguro de acidentes de trabalho:	403(b)s:		
Prestações Básicas VA:	457s:		
Pagamentos de Segurança Social:	Levantamento de seguro de vida em vida:		
Rendimentos de dividendos e juros:	Propriedade pessoal:		
Direitos autorais:	2ª Casa e Arrendamento de propriedade:		
Pensões:	2º veículo a motor:		
Assistência pública:	TOTAL:		
Outros:			
RENDIMENTO MENSAL:			
RENDIMENTOS ANUAIS:			

«Peço ao hospital que faça uma determinação de elegibilidade para ajuda financeira. Compreendo que esta informação seja confidencial e esteja sujeita a verificação pelo hospital. Também compreendo que se a informação que fornecer for falsa, me pode ser rejeitada ajuda financeira e posso ser responsável pelo pagamento dos serviços hospitalares fornecidos. Pelo presente confirmo que a informação nesta candidatura está completa e correta de acordo com o meu conhecimento e que compreendo o processo e as minhas responsabilidades.»

Assinatura do doente: _____ Data: _____

Assinatura do representante hospitalar: _____ Data: _____

APENAS PARA FINS INTERNOS

Aprovado por: _____ Data: _____

Negado por: _____ Data: _____

Cobertura de seguro: _____ Assistência Médica: Sim Não

Serviços relacionados com acidentes de trabalho ou outro tipo de acidentes: Sim Não

Comentários: _____

Tamanho da família: _____ Nível FPG: _____ %FPG: _____

DESCONTO (%): _____ DESCONTO (\$): _____

Responsabilidade máxima do doente: _____