

CANDIDATURA PARA AJUDA FINANCEIRA HOSPITALAR – *SEGURO INSUFICIENTE*

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/lhéu 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	MONTANTE	ATIVOS	MONTANTE	DESPESAS/RESPONSABILIDADES MENSAIS	MONTANTE
Salário e Rendimentos do doente		Poupanças		Pagamento de hipoteca ou renda	
Salário e Rendimentos do conjuge		Conta à ordem		Saldo Atual _____	
Salário e Rendimentos do Abonador		Certificados de depósito (CD)		Impostos de propriedade se não estiverem incluídos no pagamento de hipoteca	
Rendimento de Trabalho por conta		Conta do mercado monetário		Serviços utilitários: Gás/Electricidade/Óleo _____	
Rendimento proveniente de apoio a		Títulos de poupança:		Cabo/Internet _____	
Rendimento de Renda		Valores mobiliários		Telefone _____	
Fundo de Desemprego		Obrigações		Pagamentos automóvel ou pagamentos de locação	
Seguro de Invalidez Temporária		Fundos mutualistas		Saldo Atual _____	
Pensão de alimentos de menores		IRA		Pagamentos de cartão de crédito	
Pensão de alimentos a ex-cônjuge		401(k)s		Saldo Atual _____	
Prestações Básicas VA		403(b)s		Prestações de empréstimos	
Pagamentos de Segurança Social		457s		Saldo Atual _____	
Rendimentos de dividendos e de juros		Seguro de vida recebido em vida		Seguro automóvel	
Direitos autorais		Propriedade pessoal		Seguro de Proprietário de Casa	
Pensões		2ª Casa e Arrendamento de propriedade		Despesas Médicas	
Assistência pública		Veículos a motor adicionais		Mercearia	
Outro				Outras despesas	
RENDIMENTO MENSAL:					
RENDIMENTOS ANUAIS:			TOTAL:		TOTAL:

«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: _____