

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS/PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Para apoio no preenchimento deste formulário, ou para qualquer outra questão, ligue para o 281-243-1073

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| Nome do paciente: | Número de telefone: |
| Endereço do paciente: | Cidade, estado, código postal: |
| Número(s) de conta: | Data(s) do serviço: |

INSTRUÇÕES: É obrigatório responder a todas as perguntas. Se uma pergunta não for aplicável, coloque "N/A" na linha.

Anexe uma fotocópia de uma prova de identidade com uma foto (por exemplo, carta de condução ou passaporte com foto, etc.)*

Anexe uma fotocópia da declaração de imposto sobre o rendimento mais recente ou * Caso não tenha uma identificação com foto, podem ser utilizados outros documentos que comprovem a identidade. Ligue para o número de telefone de contacto acima para obter apoio.

Anexe uma fotocópia de uma das seguintes provas de rendimento:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Últimos 2 recibos de vencimento | <input type="checkbox"/> Cheque de pagamento de pensão da segurança social ou carta de adjudicação |
| <input type="checkbox"/> Nota de confirmação de subsídio de desemprego | <input type="checkbox"/> Carta da entidade patronal com o nome do funcionário, a função, o salário por hora e o número de horas de trabalho |

***** Não será considerado um pedido devidamente preenchido sem a documentação de apoio. *****

ESTATUTO: Residente permanente no Texas Residente legal Visto de imigrante Visto não de imigrante

ESTADO CIVIL (assinalar uma opção): Casado/(a) Solteiro/(a) Divorciado/(a)
 Viúvo/(a) Outro _____

CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 18 ANOS E OUTROS DEPENDENTES NO AGREGADO FAMILIAR (Continuar noutra página, se necessário)

| Nome completo | Data de nascimento | Relação dos dependentes (assinalar uma opção) | | | | |
|---------------|--------------------|---|-------------|-------|---------------|-------------|
| | | Filho/(a) | Enteado/(a) | Tutor | Adulto/Sénior | Sem relação |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RESUMO DA SITUAÇÃO LABORAL

| Paciente | Cônjuge |
|--|--|
| Entidade patronal | Entidade patronal |
| Função | Função |
| Situação laboral (assinalar uma opção) <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Desempregado/(a) <input type="checkbox"/> Doméstico/(a) <input type="checkbox"/> Incapacidade para regressar ao trabalho | Situação laboral (assinalar uma opção) <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Desempregado/(a) <input type="checkbox"/> Doméstico/(a) <input type="checkbox"/> Incapacidade para regressar ao trabalho |

RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR POR MÊS **DESPESAS DOMÉSTICAS POR MÊS (Não aplicável à FAA)**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---------------|---------|---------------|---------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------------|---------------|----------------------------|---------------|------------------|---------------|-------|---------------|-------------------------|----------------------|--|--|---------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| <table style="width: 100%;"> <tr><td>Paciente</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Cônjuge</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Pensão de alimentos</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Subsídio de desemprego</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Abono de família</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Pensão de sobrevivência</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Compensação de trabalhador</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Fundo fiduciário</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Outro</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>RENDIMENTO TOTAL</td><td>\$ _____ /mês</td></tr> </table> | Paciente | \$ _____ /mês | Cônjuge | \$ _____ /mês | Pensão de alimentos | \$ _____ /mês | Subsídio de desemprego | \$ _____ /mês | Abono de família | \$ _____ /mês | Pensão de sobrevivência | \$ _____ /mês | Compensação de trabalhador | \$ _____ /mês | Fundo fiduciário | \$ _____ /mês | Outro | \$ _____ /mês | RENDIMENTO TOTAL | \$ _____ /mês | <table style="width: 100%;"> <tr><td>Habitação: _____ Própria/Empréstimo _____ Arrendamento</td></tr> <tr><td>Pagamento de alojamento \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Serviços de utilidade pública (eletricidade, água) \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Automóvel n.º 1 \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Automóvel n.º 2 \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Combustível \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Seguro \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>TV/Cabo/Telefone \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>Alimentação \$ _____ /mês</td></tr> <tr><td>DESPESAS TOTAIS \$ _____ /mês</td></tr> </table> | Habitação: _____ Própria/Empréstimo _____ Arrendamento | Pagamento de alojamento \$ _____ /mês | Serviços de utilidade pública (eletricidade, água) \$ _____ /mês | Automóvel n.º 1 \$ _____ /mês | Automóvel n.º 2 \$ _____ /mês | Combustível \$ _____ /mês | Seguro \$ _____ /mês | TV/Cabo/Telefone \$ _____ /mês | Alimentação \$ _____ /mês | DESPESAS TOTAIS \$ _____ /mês |
| Paciente | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cônjuge | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensão de alimentos | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsídio de desemprego | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abono de família | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensão de sobrevivência | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compensação de trabalhador | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fundo fiduciário | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outro | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENDIMENTO TOTAL | \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Habitação: _____ Própria/Empréstimo _____ Arrendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pagamento de alojamento \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviços de utilidade pública (eletricidade, água) \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Automóvel n.º 1 \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Automóvel n.º 2 \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Combustível \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TV/Cabo/Telefone \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentação \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESPESAS TOTAIS \$ _____ /mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONTAS BANCÁRIAS/OUTROS BENS (obrigatório responder às 3 perguntas): **(Não aplicável à FAA)**

| | | | | |
|---|-----|-----|-------------|----------|
| Conta bancária? (assinalar uma opção com um círculo) | Sim | Não | Saldo atual | \$ _____ |
| Conta poupança? (assinalar uma opção com um círculo) | Sim | Não | Saldo atual | \$ _____ |
| Propriedade adicional? (assinalar uma opção com um círculo) | Sim | Não | Valor atual | \$ _____ |
| Em caso afirmativo, descreva: _____ | | | | |

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS/PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Nome do paciente:

*Declaro, sob pena de falso testemunho, que as respostas dadas são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

*As informações por mim fornecidas refletem o rendimento e as despesas do AGREGADO FAMILIAR.

*Estas informações, assim como um relatório de crédito e outras informações publicamente disponíveis, podem ser utilizadas pelo Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony para efeitos de estabelecimento de um plano de pagamento e/ou para dar início a um pedido de assistência financeira e/ou para determinar a elegibilidade para vários programas, cobertura ou assistência.

*Dou o meu consentimento ao Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony para obter informações junto de qualquer fonte a fim de verificar as declarações por mim fornecidas.

*Receberá uma comunicação por escrito do Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony se as informações fornecidas estiverem incompletas ou forem insuficientes para determinar a sua elegibilidade para assistência financeira ou se não cumprir os critérios de elegibilidade. Também será notificado por escrito se for elegível para assistência financeira.

*Os pacientes que solicitem assistência financeira podem ser elegíveis para fundos de programas locais, estatais ou federais. Os pacientes devem candidatar-se a esses programas antes de uma determinação de elegibilidade para assistência financeira. O Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony proporcionará apoio às pessoas que pretendam candidatar-se a esses programas. A não candidatura a estes programas poderá prejudicar o pedido de assistência financeira solicitado pelo paciente.

*Atesto que solicitei todo o tipo de cobertura de seguros possível, incluindo Medicaid, Crime Victims, serviço Health Exchange Insurance e qualquer outra cobertura local, estatal ou federal.

*Estou ciente de que, caso não seja elegível para obter assistência financeira, serei responsável pelos custos dos cuidados médicos.

Assinatura do paciente/garante

Data

Após preencher este pedido, envie-o, juntamente com TODOS os documentos de apoio, para:

**Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

Ver o verso

**MEMORIAL
HERMANN**

Ver o verso