

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS/PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Para apoio no preenchimento deste formulário, ou para qualquer outra questão, ligue para o 713.338.5502 ou 800.526.2121 -- Pressione 5

Nome do paciente:	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 anual de rendimento mais recente ou Anexe uma fotocópia de uma das seguintes provas de rendimento:

** 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.*

<input type="checkbox"/> 2 últimos recibos de pagamento	<input type="checkbox"/> Cheque ou carta da segurança social
<input type="checkbox"/> Recibo 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:	<input type="checkbox"/>	Residente permanente no Texas	<input type="checkbox"/>	Residente legal	<input type="checkbox"/>	Visto de imigrante	<input type="checkbox"/>	Visto de não imigrante
ESTADO CIVIL (assinalar uma opção):	<input type="checkbox"/>	Casado(a)	<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)		
	<input type="checkbox"/>	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	Outra opção _____				

CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 18 ANOS E OUTROS DEPENDENTES NO AGREGADO FAMILIAR (Continuar noutra página, se necessário)						
Nome completo	Data de nascimento	Relação de 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)	Situação laboral (assinalar uma opção)
<input type="checkbox"/> Tempo inteiro <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Doméstico(a) <input type="checkbox"/> Incapacidade para regressar ao trabalho	<input type="checkbox"/> Tempo inteiro <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 DO AGREGADO FAMILIAR POR MÊS (Não aplicável para FAA)	
Paciente	\$ _____ /mês	Habitação:	_____ Própria/Empréstimo Arrenda da
Cônjuge	\$ _____ /mês	Pagamento da habitação	\$ _____ /mês
Pensão alimentar	\$ _____ /mês	Serviços de utilidade pública (eletricidade, água)	\$ _____ /mês
Desemprego	\$ _____ /mês	Automóvel n.º 1	\$ _____ /mês
Pensão para filhos menores	\$ _____ /mês	Automóvel n.º 2	\$ _____ /mês
Pensão de sobrevivência	\$ _____ /mês	Combustível	\$ _____ /mês
Compensação do trabalhador	\$ _____ /mês	Seguros	\$ _____ /mês
Fundo fiduciário	\$ _____ /mês	TV/Cabo/Telefone	\$ _____ /mês
Outros	\$ _____ /mês	Alimentação	\$ _____ /mês
RENDIMENTO TOTAL	\$ _____ /mês	DESPESAS TOTAIS	\$ _____ /mês

CONTAS BANCÁRIAS/OUTROS BENS (obrigatório responder às 3 perguntas):				(Não aplicável para FAA)
Conta bancária? (assinalar uma opção)	Sim	Não	Saldo atual	\$ _____
Conta poupança? (assinalar uma opção)	Sim	Não	Saldo atual	\$ _____

Propriedade adicional? (assinalar uma opção)	Sim	Não	Valor atual	_____
	Em caso afirmativo, descreva:			\$ _____

Ver o verso



Ver o verso

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 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 para obter informações junto de qualquer fonte a fim de verificar as declarações por mim fornecidas.
- Receberá uma comunicação por escrito do Memorial Hermann 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, estaduais ou federais. Os pacientes devem candidatar-se a esses programas antes de uma determinação de elegibilidade para assistência financeira. O Memorial Hermann 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, assistência às vítimas de crime, 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

Depois de concluir o preenchimento deste pedido, envie-o por correio, fax ou e-mail com TODOS os documentos de apoio para:

Data

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

Attention: PBS Financial Assistance

Fax: 713.338.4261

E-mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

For Office Use only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

Ver o verso

Ver o verso

**MEMORIAL
HERMANN**