

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS/PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Para apoio no preenchimento deste formulário, ou para qualquer outra questão, ligue para o 281.312.4012 ou para o 281.312.4000 -- Pressione 5

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:	<input type="checkbox"/> Residente permanente no Texas	<input type="checkbox"/> Residente legal	<input type="checkbox"/> Visto de imigrante	<input type="checkbox"/> Visto não de 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"/> 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

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)	
Paciente	\$ _____ /mês	Habitação: _____ Própria/Empréstimo _____ Arrendamento	
Cônjuge	\$ _____ /mês	Pagamento de alojamento	\$ _____ /mês
Pensão de alimentos	\$ _____ /mês	Serviços de utilidade pública (eletricidade, água)	\$ _____ /mês
Subsídio de desemprego	\$ _____ /mês	Automóvel n.º 1	\$ _____ /mês
Abono de família	\$ _____ /mês	Automóvel n.º 2	\$ _____ /mês
Pensão de sobrevivência	\$ _____ /mês	Combustível	\$ _____ /mês
Compensação de trabalhador	\$ _____ /mês	Seguro	\$ _____ /mês
Fundo fiduciário	\$ _____ /mês	TV/Cabo/Telefone	\$ _____ /mês
Outro	\$ _____ /mês	Alimentação	\$ _____ /mês
RENDIMENTO TOTAL	\$ _____ /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 Kingwood 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 Kingwood 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 Kingwood 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 Kingwood 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
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
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