

Nome do paciente: _____ MRN: _____

Nome do paciente: _____ Sobrenome: _____ IM: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Nome do responsável pela residência (se aplicável): _____ Parentesco com paciente: _____

Telefone residencial do paciente: _____ Celular do paciente: _____

Telefone comercial do paciente: _____ E-mail do paciente: _____

Confirme o endereço acima. Corrija se necessário.

Membros da unidade familiar*

Forneça o nome completo e data de nascimento de todos os membros. Inclua o número de Seguridade Social (SSN) e o parentesco.

Nome <i>Nome completo – Nome, IM, sobrenome</i>	Data de nascimento	Número de Seguridade Social (SSN)	Parentesco com solicitante	Solicitante Marque se Sim
			O Próprio	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

*Parentesco com o solicitante diz respeito ao parentesco do membro da unidade familiar com o solicitante e não com o fiador
Por exemplo: esposa, marido, filha, filho, mãe, pai, enteado, enteada, primo, etc.*

*Se houver mais familiares do que os listados acima, consulte informações adicionais na última página

Renda familiar*

Marque o tipo de renda recebida por você ou qualquer membro de sua unidade familiar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salário | <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia conjugal | <input type="checkbox"/> Benefícios de ex-combatentes |
| <input type="checkbox"/> Autônomo | <input type="checkbox"/> Seguro-desemprego | <input type="checkbox"/> Benefícios por deficiência |
| <input type="checkbox"/> Benefícios da Seguridade Social | <input type="checkbox"/> Pensão | <input type="checkbox"/> Indenização por acidente de trabalho |
| <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia para filho | <input type="checkbox"/> Renda por investimento/aluguel de imóveis | <input type="checkbox"/> Estudante com Visto I-20 |
| | | <input type="checkbox"/> Outras |

Forneça as informações a seguir sobre todas as rendas recebidas marcadas:

Membro da unidade familiar	Tipo <i>Forneça o nome do empregador, se aplicável</i>	Valor	Período <i>Selecione uma opção.</i>	Data de início	Data de término <i>(se aplicável)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		

*Se houver mais fontes de renda familiar do que as listadas acima, consulte informações adicionais na última página

Você deve fornecer documentos comprobatórios de todas as fontes de renda familiar dos últimos 30 dias para concluir esta solicitação. (ex.: declarações de imposto de renda, holerites, carta(s) de admissão, comprovantes de trabalho autônomo, comprovantes de pagamento de pensão alimentícia, etc.)

 Minha unidade familiar não possui fontes de renda

Nome do paciente: _____ MRN: _____

Bens/recursos*

Indique se você ou alguém da sua unidade familiar recebe algum dos recursos a seguir:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conta(s) corrente | <input type="checkbox"/> CD(s) | <input type="checkbox"/> Fundos mútuos |
| <input type="checkbox"/> Conta(s) poupança | <input type="checkbox"/> Anuidades | <input type="checkbox"/> Outras |
| <input type="checkbox"/> Conta(s) remunerada(s) | <input type="checkbox"/> Títulos | |

Forneça as informações a seguir para todos os bens/recursos indicados:

Membro da unidade familiar	Tipo	Número da conta	Valor

*Se houver mais bens/recursos do que os listados acima, consulte informações adicionais na última página

 Você deve fornecer comprovantes dos últimos 30 dias para todos os bens/recursos indicados.

 Minha unidade familiar não possui bens nem recursos a declarar.

Outras informações*

Responda às perguntas a seguir.

O paciente possui um visto de residência permanente nos Estados Unidos? Sim Não

Atualmente, a unidade familiar conta com o auxílio de programas sociais? Sim Não *Caso a resposta seja sim, forneça as informações a seguir:*

Nome e número de identificação da seguradora: _____

O paciente buscou auxílio de programas sociais nos últimos 12 meses? Sim Não

 Caso a resposta seja sim, foi recusada cobertura a você Sim Não

 Anexe a carta PA-162 de aprovação/recusa. (Recebido do Depto. de Bem-estar de PA)

O paciente possui seguro de saúde? Se você possuir seguro de saúde, notifique o departamento. Seguro de saúde sempre tem precedência sobre a assistência financeira. Sim Não *Caso a resposta seja sim, forneça as informações a seguir:*

Nome e número de identificação da seguradora: _____

Nome do segurado: _____ Data de nascimento: ____/____/____

*Se houver mais informações a anotar do que as listadas acima, consulte informações adicionais na última página

O paciente se qualifica para alguma das opções a seguir? Sim Não

 Programa de almoço escolar subsidiado

 Habitação para baixa renda

 Programa estadual de medicamentos prescritos financiados

 WIC

 Vale-alimentação

 Se a resposta for **SIM** em alguma das opções acima, forneça documentação que comprove a qualificação

Assinatura

Declaro que, salvo melhor juízo, as informações acima são verdadeiras, integrais e corretas:

Assinatura do solicitante: _____ Data: _____

OU

Assinatura do representante autorizado: _____ Data: _____

Nome do representante autorizado: _____ Parentesco com solicitante: _____

Telefone do representante autorizado: _____ Celular: _____

Nome do paciente: _____ MRN: _____

Membros da unidade familiar (continuação)

Forneça o nome completo e data de nascimento de todos os membros. Inclua o número de Seguridade Social (SSN) e o parentesco, se conhecido.


Nome <i>Nome completo – Nome, IM, sobrenome</i>	Data de nascimento	Número de Seguridade Social (SSN)	Parentesco com solicitante	Solicitante Marque se Sim
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

 Parentesco com o solicitante diz respeito ao parentesco do membro da unidade familiar com o solicitante e não com o fiador
 Por exemplo: esposa, marido, filha, filho, mãe, pai, enteado, enteada, primo, etc.

Renda familiar (continuação)

Forneça as informações a seguir sobre todas as rendas recebidas marcadas:


Membro da unidade familiar	Tipo <i>Forneça o nome do empregador, se aplicável</i>	Valor	Período <i>Selecione uma opção.</i>	Data de início	Data de término <i>(se aplicável)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora n° de horas/semana _____		


 Você deve fornecer documentos comprobatórios de todas as fontes de renda familiar dos últimos 30 dias para concluir esta solicitação. (ex.: declarações de imposto de renda, holerites, carta(s) de admissão, comprovantes de trabalho autônomo, comprovantes de pagamento de pensão alimentícia, etc.)

Bens/recursos (continuação)

Forneça as informações a seguir sobre todas as rendas recebidas marcadas:

Membro da unidade familiar	Tipo	Número da conta	Valor


 Você deve fornecer comprovantes dos últimos 30 dias para todos os bens/recursos indicados.

Outras informações (continuação)

Responda às perguntas a seguir.

O paciente tem algum seguro de saúde adicional? Se você possuir seguro de saúde, notifique o departamento. Seguro de saúde sempre tem precedência sobre a assistência financeira. Sim Não *Caso a resposta seja sim, forneça as informações a seguir:*

Nome e número de identificação da seguradora: _____

Nome do segurado: _____ Data de nascimento: ____/____/____