

Nome do Paciente: _____ MRN: _____

Primeiro nome do paciente: _____ Apellido(s): _____ Nomes do meio: _____

Endereço: _____

Localidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Nome do chefe de família (se aplicável): _____ Relação com o paciente: _____

Número de telefone fixo do paciente: _____ Número de telemóvel do paciente: _____

Número de telefone profissional do paciente: _____ Email do paciente: _____

Confirme a morada acima. Corrija se necessário.

Membros do agregado familiar*				
<i>Forneça o nome completo e data de nascimento de todos os membros. Inclua o número da segurança social e a relação.</i>				
Nome <i>Nome completo - Primeiro nome, nomes do meio, último nome</i>	Data de nascimento	Número da segurança social	Relação com o requerente	A requerer Marcar se a resposta for sim
			O(A) PRÓPRIO(A)	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Relacionamento com o requerente deve ser o relacionamento do membro da família com o requerente e não com o fiador. Exemplos seriam esposa, marido, filha, filho, mãe, pai, enteado, enteada, primo, etc.

*Se existirem mais membros da família do que os listados acima, consulte a última página para extensões

Rendimentos do agregado familiar*					
Indique se você ou alguém da sua família recebe algum dos seguintes tipos de rendimentos:					
<input type="checkbox"/> Ordenados/salários		<input type="checkbox"/> Pensão de alimentos		<input type="checkbox"/> Benefícios de veteranos	
<input type="checkbox"/> Emprego por conta própria		<input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego		<input type="checkbox"/> Benefícios/pensão por invalidez	
<input type="checkbox"/> Segurança Social		<input type="checkbox"/> Reforma		<input type="checkbox"/> Compensação de trabalhadores	
<input type="checkbox"/> Abono de família		<input type="checkbox"/> Rendimentos de imóveis/propriedades arrendadas		<input type="checkbox"/> I-20 para estudantes	
Forneça as seguintes informações para todos os rendimentos que indicou serem recebidas:					<input type="checkbox"/> Outros
Membro do agregado familiar	Tipo <i>Fornecer nome de empregador, se aplicável.</i>	Montante	Período <i>Selecionar um.</i>	Data de início	Data de fim <i>(se aplicável)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		

*Se existirem mais rendimentos do que os listados acima, consulte a última página para extensões

☞ Para todos os rendimentos recebidos pelo agregado familiar, deve fornecer documentos comprovativos dos últimos 30 dias para concluir este pedido. (ou seja, declaração de impostos, recibos de pagamentos, carta(s) de aprovação, agendas de trabalho por conta própria, declarações de pensão de alimentos, etc.)

 A minha família não possui quaisquer rendimentos auferidos ou não auferidos

Nome do Paciente: _____ MRN: _____

Ativos/Recursos*

Indique se você ou alguém da sua família recebe algum dos seguintes recursos:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Conta(s) à ordem | <input type="checkbox"/> CD(s) | <input type="checkbox"/> Fundos mutualistas |
| <input type="checkbox"/> Conta(s) poupança | <input type="checkbox"/> Anuidades | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Conta(s) de mercados financeiros | <input type="checkbox"/> Obrigações | |

Forneça as seguintes informações para todos os ativos/recursos indicados:

Membro do agregado familiar	Tipo	Número da conta	Valor

*Se existirem mais ativos/recursos do que os listados acima, consulte a última página para extensões

 Tem de fornecer prova de quaisquer ativos/recursos indicados para os últimos 30 dias.

 O meu agregado familiar não possui ativos ou recursos para reclamar.

Outros detalhes*

Por favor responda às perguntas abaixo.

 O paciente possui um cartão de residência permanente dos Estados Unidos da América? Sim Não

 Este agregado familiar tem direito atualmente a assistência pública? Sim Não *Se sim, forneça o seguinte:*

Nome e número de identificação da companhia de seguros: _____

 O paciente requereu assistência pública nos últimos 12 meses? Sim Não

 Se sim, foi-lhe negada cobertura Sim Não

 Anexe a carta de aprovação/recusa PA-162. (Recebida do Dep. de Serviços Sociais)

 O paciente possui seguro de saúde? Se receber seguro de saúde, por favor notifique o departamento. O seguro de saúde tem prioridade sobre a assistência financeira. Sim Não *Se sim, forneça o seguinte:*

Nome e número de identificação da companhia de seguros: _____

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

*Se existirem mais informações a prestar para além das listadas acima, consulte a última página para extensões

 O paciente é elegível para algum dos seguintes? Sim Não

 Programa de almoço escolar subsidiado

 Habitação social

 Programa de receita médica financiada pelo Estado

 WIC

 Food Stamps

 Se a resposta for **SIM** a qualquer um dos especificados acima, forneça documentação comprovativa da elegibilidade

Assinatura

Confirmo que as informações acima são verdadeiras, completas e corretas segundo o meu conhecimento:

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

OU

Assinatura do representante autorizado: _____ Data: _____

Nome do representante autorizado: _____ Relação com o requerente: _____

N.º de telefone do representante autorizado: _____ N.º telemóvel: _____

Nome do Paciente: _____ MRN: _____

Membros do agregado familiar (continuação)

Forneça o nome completo e data de nascimento de todos os membros. Inclua o número da segurança social e a relação, se conhecida.

Nome <i>Nome completo - Primeiro nome, nomes do meio, último nome</i>	Data de nascimento	Número da segurança social	Relação com o requerente	A requerer Marcar se a resposta for sim
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

 Relacionamento com o requerente deve ser o relacionamento do membro da família com o requerente e não com o fiador.
 Exemplos seriam esposa, marido, filha, filho, mãe, pai, enteado, enteada, primo, etc.

Rendimentos do agregado familiar (continuação)

Forneça as seguintes informações para todos os rendimentos que indicou serem recebidas:

Membro do agregado familiar	Tipo <i>Fornecer nome de empregador, se aplicável.</i>	Montante	Período <i>Selecionar um.</i>	Data de início	Data de fim <i>(se aplicável)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> À hora n.º hrs/trab _____		

Para todos os rendimentos recebidos pelo agregado familiar, deve fornecer documentos comprovativos dos últimos 30 dias para concluir este pedido. (ou seja, declaração de impostos, recibos de pagamentos, carta(s) de aprovação, agendas de trabalho por conta própria, declarações de pensão de alimentos, etc.)

Ativos/Recursos (continuação)

Forneça as seguintes informações para todos os rendimentos que indicou serem recebidas:

Membro do agregado familiar	Tipo	Número da conta	Valor

Tem de fornecer prova de quaisquer ativos/recursos indicados para os últimos 30 dias.

Outras informações (continuação)

Por favor responda às perguntas abaixo.

O paciente possui qualquer seguro de saúde adicional? Se receber seguro de saúde, por favor notifique o departamento. O seguro de saúde tem prioridade sobre a assistência financeira. Sim Não *Se sim, forneça o seguinte:*

Nome e número de identificação da companhia de seguros: _____

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