

4. Outra Renda

Forneça os comprovantes de todas as rendas listadas.

Tipo de Renda	Membro da Família da Casa que Recebe o Benefício	Valor	Frequência de Recebimento? (assinale uma opção)
Seguro Social		\$	Semanal, Mensal, Anual
Desemprego		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão		\$	Semanal, Mensal, Anual
Fundos de Invalidez		\$	Semanal, Mensal, Anual
Benefícios de Veterano de Guerra		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão Alimentícia aos Filhos		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão Alimentícia		\$	Semanal, Mensal, Anual
Indenização por Acidente de Trabalho		\$	Semanal, Mensal, Anual
Receita Líquida com Aluguel		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda como Autônomo		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda Fiducial (Trust Income)		\$	Semanal, Mensal, Anual
Outros		\$	Semanal, Mensal, Anual

5. Comentários / Declarações de Suporte

Use esta seção para fornecer informações adicionais ou sua declaração de suporte.

Se você informou ter \$0 de renda, forneça uma breve explicação sobre como você (ou o paciente) consegue se manter:

6. Informações do Seguro de Saúde

Forneça informações sobre a Cobertura de Convênio de Saúde.

Você tinha convênio saúde na ocasião do atendimento? Não Sim

Se sim, forneça as informações e uma cópia do cartão do convênio:

Nome do Convênio	Número de ID	Nome do Segurado	Data de Adesão
------------------	--------------	------------------	----------------

Ao assinar abaixo, declaro que tudo o que foi informado neste pedido e em quaisquer documentos anexos, é a expressão da verdade.

Eu concordo em fornecer documentos adicionais quando solicitados para determinar a minha elegibilidade.

Eu estou ciente de que a falsificação de qualquer informação pode resultar no indeferimento do pedido de assistência financeira.

Eu concordo em informar ao hospital sobre quaisquer mudanças quanto à minha renda, ao tamanho da família, cobertura de seguro de saúde ou outras informações que possam alterar minha elegibilidade para assistência financeira.

Assinatura do Requerente/Fiador

Nome por extenso e em letra de forma

Data

Hora

Assinatura do Representante Autorizado

Nome por extenso e em letra de forma

Data

Hora