

PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

(Todos os campos devem ser preenchidos a menos que indicado em contrário)

Sobrenome, Nome do paciente	Data de nascimento	Número de Segurança Social	*Número de pessoas na residência	Renda familiar anual dos últimos 12 meses \$
Se menor, sobrenome, nome do avalista	Data de nascimento	Número de Segurança Social	Fonte de renda do avalista	
Veículos na residência, incluindo carros/barcos/RVs (Ano/Marca/Modelo) (Optional)	Conta Corrente/ Poupança Saldo da conta (Optional)	Imóveis de propriedade e valores (Optional)	CD/Aposentadoria/ Saldos das contas de investimento (Optional)	Outros ativos (Optional)
Endereço do paciente	Número de telefone da residência		Se a renda for \$0, marque uma opção:	
Cidade, Estado, CEP	Número de telefone alternativo			Mora com parente(s)
Número de filhos com menos de 21 anos de idade na residência: _____				Mora com amigo(s)
				Aposentado
				Desempregado
				Deficiente físico/mental
				Sem teto

Leia antes de assinar. Eu CERTIFICO que as informações fornecidas por mim são verdadeiras e exatas, segundo meu pleno conhecimento. De modo independente ou com assistência de funcionários do hospital, venho solicitar TODA e QUALQUER ASSISTÊNCIA que esteja disponível por meio de recursos federais, estaduais, privados ou provenientes do governo local para pagar as contas do hospital. Eu entendo que se não cooperar com meu provedor de serviços do hospital, fornecendo as informações solicitadas, meu pedido de assistência financeira pode ser negado. Por meio deste, eu concedo a permissão e a autorização a quaisquer agentes credenciados do programa Medicaid para divulgar ao meu provedor de serviços do hospital TODAS as informações sobre o status do meu pedido à Medicaid e se o pedido não for aprovado, o motivo da reprovação. Eu ATRIBUIREI ao meu provedor de serviços do hospital TODOS OS FUNDOS recebidos das fontes acima, os quais são fornecidos para ajudar a pagar as CONTAS DO HOSPITAL. Eu, em meu próprio nome, e em nome do(s) membro(s) da minha família, representante(s) autorizado(s), médico(s), conselheiro(s) (incluindo clero) e advogado(s), concordo em receber e manter no mais absoluto sigilo qualquer comunicação escrita e/ou discussão oral entre mim e o meu provedor de serviços do hospital sobre assuntos relativos a serviços prestados a mim pelo meu provedor de serviços do hospital. Eu entendo que as informações fornecidas por mim estão sujeitas à verificação do meu provedor de serviços do hospital, incluindo agências de análise de crédito, assim como estão sujeitas à revisão de AGÊNCIAS ESTADUAIS E FEDERAIS e/ou outras, conforme necessário. Eu AUTORIZO meu empregador a liberar meu comprovante de renda para meu provedor de serviços do hospital. Eu ENTENDO que, se for comprovado que qualquer informação fornecida seja falsa, meu provedor de serviços do hospital irá reavaliar minha situação financeira e tomar qualquer medida apropriada. **Para se qualificar para a assistência, pelo menos uma parte da documentação de suporte que verifica a renda familiar pode ser exigida. A documentação de suporte pode incluir, mas não está limitada a, declaração de imposto de renda mais recente, W-2 atual, uma carta de suporte autenticada, etc. Os pedidos de assistência podem ser negados se a documentação de suporte não tiver sido fornecida. Se houver saldo não pago, este será elegível para novas ações de cobrança.** [Candidatos do Estado da Flórida: Estatuto da Flórida s.817.50 (1). Quem, deliberadamente, e com intenção de fraudar, obter ou tentar obter bens, produtos, mercadorias ou serviços de qualquer hospital neste Estado, será culpado por delito de segundo grau passível de punição, de acordo com os termos.775.082 ou s.775-083].

Assinatura do Requerente/Avalista

Data de conclusão

*Para o cálculo do número de pessoas no grupo familiar, consideram-se apenas as seguintes pessoas: 1) parentes que vivem na residência, 2) parentes por casamento, que vivem na residência e 3) parentes por adoção legal que vivem na residência.

Portuguese

Apenas para uso do escritório

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	

Recommendation for account disposition

Finance Committee Disposition

Manager

Date

Director

Date