

Solicitação de Assistência Financeira

Para nos ajudar a avaliar sua elegibilidade para assistência financeira, recomendamos que você entre em contato com o Family Health Coverage Program (Programa de Cobertura de Saúde Familiar) no telefone 267-426-0359 (ligação gratuita em 1-800-974-2125) **antes** de enviar esta solicitação. Deixar de fornecer informações precisas e completas neste formulário ou não fornecer a documentação necessária pode afetar sua elegibilidade para assistência financeira.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento _____

Endereço do paciente: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País _____ Código postal/CEP: _____

Número do seguro social: _____ Número da conta: _____ Data de requerimento: _____

Nome do fiador: _____

Endereço do fiador: _____

Número de telefone do fiador: _____

Número de membros da família no domicílio: _____ Quanto tempo no endereço atual: _____ Anos _____ Meses

INFORMAÇÃO SOBRE A RENDA (MENSAL)

Forneça as seguintes informações sobre o(s) adulto(s) que mora(m) na sua casa. Anexe páginas adicionais se necessário. Se alguma categoria não se aplicar, escreva "N/A".

1. Nome: _____	Relação com o paciente: _____
Empregador: _____	Horas trabalhadas por semana: _____
Com que frequência o salário é recebido: _____	Rendimentos salariais mensais: _____
Seguro social: _____	Deficiência: _____
Aposentadoria/Pensão: _____	Pensão alimentícia para os filhos: _____
Pensão alimentícia: _____	Assistência pública: _____
Desemprego: _____	Outro: _____

2. Nome: _____	Relação com o paciente: _____
Empregador: _____	Horas trabalhadas por semana: _____
Com que frequência o salário é recebido: _____	Rendimentos salariais mensais: _____
Seguro social: _____	Deficiência: _____
Aposentadoria/Pensão: _____	Pensão alimentícia para os filhos: _____
Pensão alimentícia: _____	Assistência pública: _____
Desemprego: _____	Outro: _____

RENDA MENSAL TOTAL (soma total de todas as fontes de renda mensais indicadas acima): \$ _____

DESPESAS DOMICILIARES (MENSAIS)

Preencha os espaços abaixo para nos informar sobre suas despesas domésticas. Se alguma categoria não se aplicar, escreva "N/A".

Hipoteca: _____ Aluguel: _____ Contas de serviços públicos: _____

Alimentação: _____ Despesas médicas: _____ Seguro (saúde/vida): _____

Cartão de crédito: _____ Pagamento do carro: _____ Seguro do carro: _____

Despesas com cuidados infantis/adultos: _____

DESPESAS MENSAIS TOTAIS: (soma total de todas as despesas mensais indicadas acima): \$ _____

Outras circunstâncias financeiras (opcional): _____

BENS DISPONÍVEIS

Preencha os espaços abaixo para nos informar sobre seus bens disponíveis. Se alguma categoria não se aplicar, escreva "N/A".

Nome do banco/instituição financeira: _____

Saldo atual da poupança: _____ Saldo em conta corrente: _____

Saldo atual em quaisquer outras contas: _____

Investimentos (descrever): _____

Outros bens pessoais: _____

VALOR TOTAL DOS BENS (soma total de todas as informações sobre bens indicadas acima): \$ _____

CERTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

CERTIFICO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA, INCLUINDO QUAISQUER ANEXOS, SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS, TANTO QUANTO SÃO DO MEU CONHECIMENTO.

Certifico que, com base na minha renda, bens disponíveis e outras circunstâncias financeiras, não posso cumprir minha obrigação financeira pelos serviços prestados pelo The Children's Hospital of Philadelphia ou uma de suas afiliadas. Entendo que as declarações que fiz neste formulário estão sujeitas a investigação e verificação. Entendo que serei solicitado a fornecer comprovantes das Informações de Renda que forneci neste formulário e concordo em ajudar The Children's Hospital of Philadelphia a obter a verificação necessária. Autorizo, por meio deste documento, a divulgação das informações que forneci às agências estaduais do Medicaid e às organizações de assistência médica gerenciadas pelo Medicaid. Concordo ainda em notificar imediatamente The Children's Hospital of Philadelphia se qualquer informação neste formulário mudar de forma significativa durante o próximo ano.

Assinatura

Nome em letra de forma

Relação com o paciente

Data

Assinatura do fiador

Data