

5.	\$	
6.	\$	

4. OUTRAS RENDAS

Favor fornecer a documentação de todas as fontes de renda listadas.

Tipo de renda	Membro da família que recebe o benefício	Valor	Com que frequência recebe? (circular uma)
Seguro Social		\$	Semanal, Mensal, Anual
Salário Desemprego		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão		\$	Semanal, Mensal, Anual
Benefícios por Invalidez		\$	Semanal, Mensal, Anual
Benefícios de Veterano		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão dos Filhos		\$	Semanal, Mensal, Anual
Pensão Alimentícia		\$	Semanal, Mensal, Anual
Seguro de Acidente de Trabalho		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda de Aluguel - Líquida		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda como Autônomo		\$	Semanal, Mensal, Anual
Renda de Curatela		\$	Semanal, Mensal, Anual
Outras		\$	Semanal, Mensal, Anual

5. COMENTÁRIOS/DECLARAÇÃO DE SUSTENTO

Use esta seção para informações adicionais ou sua declaração de sustento.

Se você declarou US\$ 0 de renda, favor apresentar uma breve explicação de como você (ou o paciente) satisfaz as necessidades básicas da vida:

6. INFORMAÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE

Favor fornecer informações sobre a cobertura do seguro de saúde.

Você possuía seguro de saúde quando recebeu os serviços? Caso afirmativo, favor fornecer a informação do seu seguro de saúde e uma cópia do cartão. Sim Não

Nome da Seguradora	Número de ID	Nome do Titular	Data da Vigência
--------------------	--------------	-----------------	------------------

Ao assinar abaixo, eu certifico que tudo que foi declarado neste requerimento e em quaisquer anexos é fiel e verdadeiro de acordo com o meu entendimento.

Concordo em fornecer documentação adicional, mediante solicitação, para determinar minha qualificação.
Estou ciente de que a falsificação de qualquer informação fornecida pode resultar na negação da assistência financeira.

Concordo em informar ao hospital sobre qualquer mudança que haja na minha renda, tamanho da família, cobertura do seguro de saúde ou outras informações que possam afetar minha qualificação para a assistência financeira.

Assinatura do Requerente/Fiador: x _____ Data: _____

Assinatura do Representante Autorizado: x _____ Data: _____