

MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM
Formulário de avaliação financeira

Número da conta	Número MR
-----------------	-----------

Nome do paciente: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Forneça as informações a seguir, de modo preciso e em sua totalidade. As informações prestadas estão sujeitas a verificação. **De acordo com o Estatuto da Flórida, Seção 817.50, o fornecimento de informações falsas para ludibriar um hospital com o objetivo de obter bens ou serviços é uma contravenção de segundo (2º) grau.**

Lista de moradores da residência	Data de nascimento	Relacionamento com o paciente	Empregador

Renda mensal		Gastos mensais	
Salário bruto do responsável	US\$	Imóvel alugado ou próprio	US\$
Salário bruto do cônjuge	US\$	Eletricidade	US\$
Outras rendas:	US\$	Telefone	US\$

Bens	
Conta bancária	US\$
Economias/Ações/Investimentos	US\$
Valor da(s) residência(s)	US\$

Confirmo que as informações fornecidas acima são precisas e representam verdadeiramente a minha condição financeira. Confirmo também que não há cobertura de seguro adicional para este paciente, a não ser o que foi listado no ato do registro. Compreendo que a prestação de informações falsas resultará no indeferimento da candidatura a qualquer tipo de assistência financeira por meio do South Broward Hospital District em nome do Memorial Healthcare System. Se eu tiver direito a qualquer ação ou acordo contra pagadores terceiros, tomarei as ações necessárias ou solicitadas pelo Memorial Healthcare System, e após o recebimento, pagarei ao Memorial Healthcare System todo o montante recuperado até o valor total do saldo indicado na minha fatura. Caso eu não consiga obter o direito à assistência, não possa prosseguir no processo de candidatura ou não consiga adotar as ações necessárias ou solicitadas pelo Memorial Healthcare System, a minha candidatura será indeferida. Também autorizo o Memorial Healthcare System a verificar o meu histórico de crédito por meio de uma agência de crédito, caso isso seja necessário.

Assinatura do paciente (responsável)

Data

[Selo]



TABELA D

SEÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO

Forneça **UM** dos seguintes documentos:

- ID vigente na Flórida
- Carteira de motorista atualizada
- Para os requerentes não elegíveis para ID da Florida: deve ser fornecida uma ID alternativa emitida pelo governo

SEÇÃO 2: ELEGIBILIDADE

Se você for um cidadão americano ou residente legal por 5 anos ou mais

E se você tiver 65 anos ou mais, **OU** receber ajuda por invalidez, **OU** tiver filhos dependentes com menos de dezoito anos de idade morando em sua casa, você **DEVE** de fornecer **UM** dos seguintes documentos:

- Comprovante do Registro Medicaid **antes** de aplicar-se para este programa
- Carta de Recusa Medicaid

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Os seguintes documentos **DEVEM** ser endereçados a **você ou para seu cônjuge:**

Seção 2A

Forneça **UM** dos seguintes documentos:

- Conta de energia atual
- Conta de água/esgoto atual
- Conta de telefone residencial atual
- Conta de TV a cabo atual
- Conta de Internet atual
- Contra de TV por satélite atual

E **UMA** das seguintes opções:

- Declaração de hipoteca atual
- Isenção de penhora
- Declaração de imposto predial
- Escritura de compra e venda
- Contrato de locação*
- Registro de automóvel atual
- Comprovante de endereço reconhecido no cartório
- Contrato de sublocação

*Se o contrato de aluguel declarar que os serviços públicos estão incluídos no aluguel, serão necessárias duas correspondências comerciais ou governamentais endereçadas a você, além do contrato de locação

Se a SEÇÃO 2A estiver preenchida, você pode pular a SEÇÃO 2B e 2C e passar para a SEÇÃO 3 e 4.

Se você não puder apresentar os DOIS documentos da SEÇÃO 2A, você **DEVE** preencher a SEÇÃO 2B e 2C primeiro.

SEÇÃO 2B

Se você subalugar ou alugar um quarto, ou não pagar por sua moradia, você **DEVE** fornecer **DOIS** dos seguintes documentos. Os documentos não devem ter mais de 90 dias (3 meses):

- Correspondência Comercial: Extrato de cartão de crédito, extratos bancários, declaração de aluguel de veículos, qualquer conta pessoal
- Correspondência Oficial: Carta de cupom de comida
- Formulário da declaração de domicílio do Centro Governamental do Condado de Broward
- Comprovante de pagamentos de aluguel
- Calendário escolar

SEÇÃO 2C

Se você não pagar por sua moradia, você **DEVE** fornecer **TODOS** os seguintes documentos além dos indicados na SEÇÃO 3B:

- Uma Carta de Amparo reconhecida em cartório da pessoa que está ajudando **OU** um Atestado de Desabrigado reconhecido em cartório da entidade South Broward District Homeless Shelter (A carta não deve ter mais de 30 dias)

- Comprovante de que você é o filho/filha, pai/mãe ou irmão/irmã do apoiador OU que o apoiador o cobra para fins de imposto de renda OU Comprovante de Inscrição em um programa de serviço social adequado, reconhecido para os desabrigados no distrito de Broward Sul
- Para os requerentes que fornecem uma Carta de Amparo: uma cópia da ID, com foto, do apoiador, deve ser fornecida também

SEÇÃO 3: COMPROVANTE DO STATUS DE CIDADANIA/IMIGRAÇÃO

Não cidadãos e visitantes:

DEVEM fornecer **UM** dos seguintes documentos para cada membro da família:

- Cartão de autorização de trabalho
- Comprovante de residência em South Broward County
- ID ou cartão de Seguro Social da Flórida
- Passaporte com visto e I-94
- Cartão de residente

SEÇÃO 4: COMPROVANTE DE RENDA

Casados legalmente ou parceiros não casados com filhos **DEVEM** informar a renda de todos os membros da família

Forneça **UM** dos seguintes documentos:

- Canhoto do cheque salarial demonstrando a renda bruta das últimas 6 semanas: sua, de seu cônjuge ou parceiro de união estável e de todos os membros da família
- Uma carta datada do seu empregador, em timbrado da empresa, indicando as horas trabalhadas e o salário bruto
- Para autônomos: uma Declaração de Renda preenchida pode ser aceita

Forneça **TODOS** os documentos pertinentes:

- Auxílio à Família com Filhos Dependentes
- Alimentos
- Apoio à Criança
- Pagamento por Deficiência
- Pagamento de Seguro Social
- Seguro Desemprego
- Pensões
- Renda por Dividendos
- Renda Vitalícia
- Vínculo Trabalhista

Forneça **UM** dos seguintes documentos:

- Últimas 3 declarações consecutivas de TODAS as pessoas (conta corrente, poupança, IRAs, CDs, títulos do mercado e obrigações) E contas bancárias comerciais: sua, de seu cônjuge ou (Parceiro de União Estável) e dos dependentes
- Comprovante de pagamento do requerente e/ou apoiador de todas as despesas mensais nos últimos 3 meses (ou seja, ordens de pagamento, recibos em dinheiro, cheques cancelados)

Forneça **UM** dos seguintes documentos:

Todas as páginas devem ser fornecidas, incluindo formulários 1040, W-2, 1099's e todas as programações

- Declaração de imposto de renda atual - se apresentado separadamente, as duas declarações devem ser fornecidas (**todos os formulários/páginas**)
- Declarações de imposto de renda pessoal e empresarial: seu, de seu cônjuge e de todos os outros membros da família (**todos os formulários/páginas**)

- Formulário 4506-T: Pedido de transcrição da Declaração de Imposto de Renda (**Entre em contato com IRS no número 1-800-908-9946 para obter cópia gratuita das transcrições**)
- Se você é autônomo, DEVE fornecer o formulário completo de Declarações de Imposto de Renda. (**todos os formulários/páginas**)

Não cidadãos e visitantes:

Fornecer o seguinte:

- Comprovante de pagamento da viagem para os EUA
- Comprovante de rendimentos/despesas do país de origem
- Comprovante de amparo nos EUA
- Apoiador nos EUA

Informações/documentações adicionais podem ser solicitadas para concluir a sua aplicação. Todas as informações estão sujeitas à verificação.

Para perguntas adicionais sobre elegibilidade, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente, no número (954) 276 5501.