



**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 ( <i>Trust income</i> )		\$	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