

Houston Methodist Política FI49

Assunto: Auxílio Financeiro	Data de Vigência: 1 de janeiro de 2016
Aplicável a: Hospitais Houston Methodist	Data de Revisão 1 de janeiro de 2020
Área de Origem: Conselho do Ciclo de Receitas	Data Prevista para Revisão: 1 de janeiro de 2023

I. POLÍTICA

O Houston Methodist (HM) está empenhado em prestar auxílio financeiro a pessoas que necessitem de tratamento de saúde e que não tenham uma situação financeira individual que possibilite o pagamento dos cuidados médicos necessários, inclusive atendimento de emergência, conforme aqui definido. Condizente com seu objetivo de prestar cuidados de saúde de alta qualidade e com boa relação custo-benefício, o HM se empenha para assegurar que as pessoas que necessitarem não deixem de receber os serviços de saúde necessários. O HM prestará, sem discriminação, atendimento para as condições médicas de emergência, quer o paciente tenha ou não condições de pagar.

Esta política abrange os procedimentos para solicitação de auxílio financeiro; serviços elegíveis; critérios de elegibilidade; o processo de aprovação; a base para o cálculo dos valores cobrados; requisitos para comunicação e divulgação; procedimentos para cobrança de valores não pagos; uma lista dos provedores cobertos/não cobertos por esta política (Anexo C), e também fornece um resumo desta política (Anexo A) em uma linguagem simplificada.

Não se considera o auxílio financeiro como um substituto da responsabilidade pessoal. Espera-se que os pacientes contribuam com os custos dos cuidados que recebem, dentro das suas possibilidades de arcar com o pagamento, e cumpram os procedimentos do HM para a obtenção de auxílio financeiro. Indivíduos com capacidade financeira de adquirir seguro-saúde são incentivados a fazê-lo, como meio de ter acesso aos serviços de saúde. Os pacientes que se qualificam como pacientes do Houston Methodist Global estão excluídos desta política.

Condizente com uma gestão financeira responsável e para que o HM possa prestar serviços de saúde a um número maior de pessoas necessitadas, o Conselho de Administração do HM estabeleceu as seguintes diretrizes para a caridade a pacientes.

II. DEFINIÇÕES

- **Auxílio Financeiro:** Serviços de saúde prestados pelos hospitais HM gratuitamente ou a preços com desconto para pacientes aprovados para Auxílio Financeiro.

- Financeiramente Indigente: Paciente cuja renda familiar seja inferior ou igual a 200% do Nível Federal de Pobreza (FPL - Federal Poverty Level).
- Clinicamente Indigente:
 - Limite nº 1 - Paciente cuja renda familiar esteja entre 201% e 500% do FPL.
 - Limite nº 2 - Um paciente cuja renda familiar seja superior a 500% do FPL e cujo saldo da conta seja superior a 10% da renda familiar.
- Caridade Presumível: Nos casos em que não tenha sido preenchido o formulário de Solicitação de Auxílio Financeiro (FAA), o HM fará a triagem rotineira dos pacientes não segurados, utilizando fontes independentes de terceiros, para a elegibilidade ao auxílio financeiro (isto é, um modelo de pontuação eletrônica). Entre as informações prestadas nesta triagem constarão a renda estimada e o número de membros da família.
- Nível Federal de Pobreza (FPL): Nível de renda que faz um indivíduo ser considerado no limite da pobreza. Esse nível de renda varia conforme o tamanho da unidade familiar. O nível de pobreza é atualizado anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos Estados Unidos e publicado no Registro Federal. O nível de pobreza indicado nas diretrizes publicadas representa a renda bruta.
- Saldo da Conta: A quantia devida após a aplicação de qualquer assistência de terceiros.
- Família: Utilizando a definição do Departamento de Censo (Census Bureau), um grupo de duas ou mais pessoas que moram juntas e que estão relacionadas por nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as normas da Receita Federal (Internal Revenue Service), se um paciente declara alguém como dependente na declaração de IR, esta pessoa também pode ser considerada dependente para fins de determinação de auxílio financeiro.
- Renda Familiar: A Renda familiar, considerada antes de impostos, é determinada usando a definição do Departamento do Censo (Census Bureau), que usa a seguinte renda ao calcular os níveis federais de pobreza (FPL):
 - Rendimentos, seguro-desemprego, indenização por acidente ou doença do trabalho, Previdência Social, previdência complementar, assistência pública, pensão de veteranos, pensão de sobrevivência, pensão ou aposentadoria, juros e dividendos (excluindo ganhos ou perdas de capital), aluguéis, royalties, renda de heranças, trusts, auxílio-educação, pensão alimentícia, auxílio fora do agregado familiar e outras fontes diversas;
 - Os benefícios não pagos em dinheiro (como vale-refeição e subsídio à moradia) não são considerados;
 - Se uma pessoa mora com uma família, inclui-se o rendimento de todos os membros da família. Aqueles que não são parentes, como colegas de quarto, não são considerados.
- Houston Methodist Global: Uma corporação do Houston Methodist que atende os seguintes pacientes:

- Com cidadania em um país estrangeiro;
 - Portadores de passaportes válidos;
 - Aposentados dos Estados Unidos que residam permanentemente no exterior; ou
 - Cidadãos dos Estados Unidos que trabalhem mais de seis meses por ano no exterior.
- Despesas Brutas: As despesas por serviços antes da aplicação dos pagamentos, ajustes ou descontos contratuais.
 - Porcentagem dos Valores Tipicamente Faturados (AGB - Amounts Generally Billed): A porcentagem média dos pagamentos que um hospital HM recebe do Medicare e das companhias de seguro privadas (ver Anexo B) pelos serviços médicos necessários ou de emergência. A porcentagem dos AGB é calculada anualmente para cada hospital HM, dentro de 120 dias contados a partir de 31 de dezembro, utilizando um método retroativo que inclui os pedidos de reembolso/pagamento processados para o ano calendário anterior.
 - Condições médicas de emergência: Definidas na aceção da seção 1867 da Lei do Seguro Social (Social Security) (42 U.S.C. 1395dd).
 - Clinicamente necessário: Conforme definido pelo Medicare (serviços ou itens razoáveis e necessários para o diagnóstico ou tratamento de doença ou lesão).

III. PROCEDIMENTO

- A. **Crterios para Elegibilidade:** Indivduos que solicitam auxlio financeiro com base na Renda Familiar devem preencher um formulrio de Solicitao de Auxlio Financeiro (FAA). A elegibilidade para auxlio financeiro ser considerada para os pacientes que se qualificarem como:
1. Financeiramente Indigentes, conforme determinado pelos crterios desta poltica;
 2. Clinicamente Indigentes, conforme determinado pelos crterios desta poltica; ou
 3. Aqueles que atendem a elegibilidade presumvel com base nos crterios desta poltica.
- B. **Servios Elegveis:** Os seguintes servios de cuidados de sade so elegveis para auxlio financeiro:
1. Servios mdicos de emergncia prestados em uma sala de emergncia;
 2. Servios para uma condio que, se no tratada imediatamente, pode resultar em uma alterao adversa na condio de sade de uma pessoa;
 3. Servios no eletivos prestados em resposta a circunstncias de risco de vida em uma sala de cuidados no emergenciais; e
 4. Servios clinicamente necessrios, avaliados caso a caso a critrio do HM.
- C. **Processo de Elegibilidade:** A necessidade financeira ser determinada de acordo com um processo de avaliao individual que pode incluir o seguinte:

1. Elegibilidade Presumível: Em alguns casos, pode haver informações adequadas para determinar o auxílio financeiro sem um FAA completo. O auxílio financeiro presumível será avaliado e/ou reavaliado para cada data de serviço. Alguns exemplos de fontes que o HM pode utilizar para determinar o auxílio financeiro presumível incluem:
 - a) Sem-teto ou pessoa que recebeu cuidados de uma clínica que atende pessoas em situação de rua;
 - b) Participação em programas WIC (Women, Infants, and Children - Mulheres, Bebês e Crianças);
 - c) Elegibilidade para o Programa de Assistência de Nutrição Suplementar;
 - d) Moradia subsidiada/de baixa renda fornecida como um endereço válido;
 - e) O paciente falece sem deixar bens;
 - f) Aceitação no Programa de Bolsistas da Comunidade ou em outros programas aprovados de fornecedores terceirizados (por exemplo, os pacientes seriam presumivelmente elegíveis por indicações da comunidade a seus programas vigentes de auxílio financeiro), e o paciente estará qualificado para o desconto por indigência financeira;
 - g) Pacientes duplamente elegíveis para cobertura de seguro primário por meio do Medicare e cobertura secundária de seguro por meio do Medicaid;
 - h) Pacientes elegíveis para o Medicaid cuja solicitação seja recusada pelo Medicaid em virtude de um período de enfermidade ou do esgotamento dos benefícios; e
 - i) Modelo de pontuação eletrônica de terceiros (por exemplo, Experian).
 - Modelo de Pontuação Eletrônica (ESM - Electronic Scoring Model). Quando o paciente não preenche a FAA ou não fornece a documentação necessária para determinar a elegibilidade para o auxílio financeiro, a conta pode ser rastreada usando um ESM que afixa pontuações com base na Renda Familiar e no número de membros da família na residência. Nos casos em que a pontuação do ESM indicar que a conta se qualifica para o auxílio financeiro, os descontos serão aplicados.
2. Um processo de solicitação de auxílio que implique no preenchimento de um FAA (FAA – Anexo D).

D. **Como Solicitar Auxílio Financeiro:**

1. Para solicitar Auxílio Financeiro, um paciente pode obter gratuitamente o formulário de Solicitação de Auxílio Financeiro (FAA), conforme segue:
 - a. Fale com um Consultor Financeiro antes ou no momento do serviço;
 - b. Baixe do site do HM em www.HoustonMethodist.org/Billing;
 - c. Ligue para o Escritório Comercial Central do HM, de segunda a sexta, das 7h às 19h, sábado das 8h às 12h, pelo 832-667-5900 ou ligue gratuitamente para 877-493-3228; ou
 - d. Pelo Correio:

Houston Methodist
Escritório Comercial Central
Aos cuidados de: Unidade de Auxílio Financeiro
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
2. Após a obtenção do FAA pelo paciente, o formulário deve ser preenchido integralmente, os documentos complementares necessários devem ser obtidos e anexados, e todos os documentos devem ser enviados da seguinte forma:
 - a. Pelo Correio:

Houston Methodist
Escritório Comercial Central
Aos cuidados de: Unidade de Auxílio Financeiro
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
 - b. Entregue ou encaminhe a um membro da equipe de Acesso do Paciente; ou
 - c. Envie um fax para 832-667-5995.
3. É recomendável, porém não obrigatório, que uma solicitação de auxílio financeiro e uma determinação da necessidade financeira ocorram antes da prestação dos serviços médicos não emergenciais. No entanto, a determinação pode ser feita a qualquer momento. A necessidade de auxílio financeiro é atualizada a cada serviço subsequente, caso a última avaliação financeira tenha sido feita há mais de um ano, ou ou a qualquer momento se informações adicionais relevantes à elegibilidade do paciente para assistência financeira se tornarem conhecidas..
4. O apreço do HM pela dignidade humana e a gestão responsável se refletem no processo de solicitação e aprovação. As solicitações de auxílio financeiro serão processadas com agilidade, e o HM notificará ao paciente ou solicitante por escrito, dentro de 30 dias a partir do recebimento do FAA. O Auxílio Financeiro será aprovado ou negado com base no FAA preenchido e em outras cláusulas

desta política (ex., ver abaixo). Nos casos de triagem presumível, o paciente não recebe nenhum aviso por escrito, tanto em caso de aprovação quanto de recusa.

- a. Decisões de recusa: As apelações serão consideradas por meio do fornecimento de informações adicionais ou que esclareçam o motivo específico da recusa indicado na carta. As apelações serão aceitas por telefone, fax e correio.

E. **Valores Cobrados:** Após a confirmação dos cuidados de saúde em decorrência da elegibilidade de acordo com esta política, qualquer saldo restante da conta será cobrado do paciente, conforme listado abaixo.

1. A pessoa Financeiramente Indigente obterá um desconto de 100% no valor bruto, o paciente não será cobrado, e o desconto será classificado como auxílio financeiro.
2. A Pessoa Clinicamente Indigente no Limite nº 1 será cobrada ao mínimo de 5% da renda familiar anual bruta ou uma porcentagem do AGB.
3. A Pessoa Clinicamente Indigente no Limite nº 2 será cobrada ao mínimo de 10% da renda familiar anual bruta ou uma porcentagem do Saldo da Conta.

F. **Medidas de Cobrança em Caso de Não Pagamento:** Nos casos em que um paciente não pague o valor cobrado (Seção III, E. acima), a administração do HM cumprirá suas políticas de cobrança, que incluirão opções de parcelamento do pagamento. Em nenhum momento o HM imporá ações de cobrança extras, tais como penhoras de salário, gravames pessoais nas residências principais, comunicação a agências de crédito ou outras ações legais. Uma cópia das políticas de cobrança do HM pode ser obtida gratuitamente seguindo uma das etapas listadas na Seção III, D.1.

G. **Comunicação sobre Auxílio Financeiro e Requisitos de Divulgação:** A notificação sobre auxílio financeiro será feita por diversos meios, que podem incluir, mas não se limitar a: publicação de comunicados nas faturas dos pacientes; avisos em salas de emergência e centros de cuidados urgentes; o formulário Condições de Internação, departamentos de Internação e Registro, e outros locais públicos que o HM poderá escolher. O HM também pode publicar e fazer ampla divulgação de um resumo desta política de Auxílio Financeiro nos sites dos hospitais, nos folhetos disponíveis onde circulam os pacientes e em outros locais na comunidade atendida pelo HM. Tais comunicações e informações resumidas serão fornecidas em diversos idiomas falados pela população atendida pelo HM. O encaminhamento de pacientes para auxílio financeiro pode ser feito por qualquer funcionário da administração ou da equipe médica do HM. Uma solicitação de auxílio financeiro pode ser feita pelo paciente ou por um membro da família, por um amigo próximo ou pessoa vinculada ao paciente, nos termos das leis de privacidade aplicáveis.

H. **Requisitos Legais** Ao implementar esta Política, o HM cumprirá as leis, regras e regulamentações federais, estaduais e municipais que se apliquem às atividades realizadas de acordo com esta Política.

I. **Referências Oficiais:**

1. Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010;
2. Código da Receita Federal (Internal Revenue Code), Seção 501(r)(4)-(r)(6);
3. Política de Opções para Parcelamento de Pagamento (FI86); e
4. Política de Cobranças (FI85).

IV. CONSELHOS OU COMISSÕES RESPONSÁVEIS PELA REVISÃO OU APROVAÇÃO DO PROCEDIMENTO E REVISÃO DE DATAS APROPRIADAS

Recomendado pelo Conselho de Ciclo de Receitas
Aprovado pelo Conselho de Administração do Houston Methodist

- V. NOME DO EXECUTIVO RESPONSÁVEL PELA APROVAÇÃO:** Marc L. Boom, M.D.
CARGO: Presidente e Diretor Executivo (CEO)

Autorizado pelo Diretor Administrativo:

(Original Assinado Arquivado)

M. Boom
Presidente
Diretor Executivo (CEO)
Houston Methodist

Data

Anexo A

Resumo em Linguagem Simplificada

Política de Auxílio Financeiro do Houston Methodist

O Houston Methodist (HM) está empenhado em prestar caridade médica a pessoas sem seguro ou com seguro insuficiente e que não se qualifiquem para programas governamentais, ou que não tenham uma situação financeira individual para pagar por cuidados médicos e emergenciais necessários.

Os pacientes cuja renda familiar esteja abaixo de 200% do Nível Federal de Pobreza (FPL) são elegíveis para receber serviços gratuitos; pacientes cuja renda familiar esteja acima de 200%, porém não superior a 500% do FPL poderão receber serviços com desconto. A taxa de desconto não deve superar o valor médio que o Houston Methodist receberia de seguro privado e Medicare, inclusive quaisquer pagamentos dos pacientes na forma de franquias, co-pagamentos e co-participação. Pacientes cuja renda familiar esteja acima de 500% do FPL podem qualificar-se para a obtenção de serviços com desconto.

Não será exigido que se façam pagamentos adiantados ou acordos para pagar por serviços médicos necessários ou emergenciais antes de receber tais serviços. No entanto, se você tiver de pagar um valor com desconto e não puder quitá-lo integralmente após a prestação dos serviços, o Houston Methodist tomará as providências para cobrar este valor. O HM fornecerá extratos mensais das faturas solicitando seu pagamento. Se você não puder pagar o valor com desconto em uma única parcela, o Houston Methodist oferece opções de parcelamento do pagamento sem juros. Eventuais contas com desconto que não forem pagas serão encaminhadas a uma empresa de cobrança para novas tentativas de cobrança. As atividades de cobrança por terceiros não incluirão gravames pessoais, ações legais ou comunicação para agências de crédito.

Uma cópia gratuita da Política de Auxílio Financeiro do Houston Methodist, o formulário de Solicitação de Auxílio Financeiro (FAA) e as Políticas de Cobrança estão disponíveis no site do Houston Methodist em www.HoustonMethodist.org/billing, nas áreas de Internação e Registro dos Hospitais, e podem ser obtidas contatando-se o Escritório Comercial Central pelo telefone (ligações locais) 832-667-5900, 877-493-3228 (ligação gratuita) e solicitando-as por e-mail:

Houston Methodist
Escritório Comercial Central
Aos cuidados de: Unidade de Auxílio Financeiro
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

Este Resumo em Linguagem Simplificada, a Política de Auxílio Financeiro, o formulário de Solicitação de Auxílio Financeiro e as Políticas de Cobrança estão disponíveis em vários idiomas nos contatos listados acima.

A Unidade de Auxílio Financeiro do Houston Methodist está disponível para responder perguntas e prestar informações sobre a Política de Auxílio Financeiro e ajudá-lo no processo de solicitação de

auxílio. Você pode entrar em contato com um membro da Unidade de Auxílio Financeiro de segunda a sexta, das 7h às 19h, e sábado das 8h às 12h, pelo telefone 877-493-3228.

Após preencher o formulário de Solicitação de Auxílio Financeiro (FAA), anexe todos os documentos de apoio solicitados e envie para a Unidade de Auxílio Financeiro (ver endereço acima), ou envie um fax aos cuidados da Unidade de Auxílio Financeiro no número 832-667-5995.

AMOSTRA

PLANILHA DE CÁLCULO DOS VALORES TÍPICAMENTE FATURADOS (AGB)

Cálculo Anual da Porcentagem dos Valores Tipicamente Faturados
Hospitais Houston Methodist

Período Relevante de Medição: 1 de janeiro de 2019 – 31 de dezembro de 2019

A	Valores tabelados por Serviço do Medicare (Fee-for-Service) em solicitações de reembolso pagas no período	\$
B	Valores tabelados por seguro particular em solicitações de reembolso pagas no período	\$
C	Copagamentos, cosseguro e franquias pagos por pacientes em sinistros relacionados em A e B no período	\$
D	Total do valores tabelados e pagamentos de pacientes (A+B+C acima)	\$
E	Cobranças brutas do hospital para serviços prestados em D acima	\$
F	Porcentagem dos valores tipicamente faturados (AGB) específicos do hospital (D/E)	%

Para obter uma lista atual das porcentagens do AGB para cada hospital Houston Methodist, entre em contato com qualquer um dos indivíduos listados na Seção III, D.1. Esta informação será fornecida sem nenhum custo para você.

Embora seja necessário calcular o AGB para cada entidade, o HM aplicará uniformemente o AGB calculado pela entidade de valor mais baixo, arredondado.

Anexo C
Lista dos Provedores cobertos/não cobertos por esta Política

Organização/Grupo/Prática	Coberto Sim/Não
Hospital Houston Methodist	Sim
Hospital Houston Methodist Sugar Land	Sim
Hospital Houston Methodist Willowbrook	Sim
Hospital Houston Methodist West	Sim
Hospital Houston Methodist Baytown	Sim
Hospital Houston Methodist Clear Lake	Sim
Hospital de Cuidados Continuados Houston Methodist	Sim
Hospital Houston Methodist The Woodlands	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Cinco Randi	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Cypress	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Kirby	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Pearland	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Sienna Plantation	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Spring	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Spring Brandi	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: The Woodlands	Sim
Centro de Diagnóstico por Imagens do Houston Methodist: Voss	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Cinco Randi	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Cypress	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Kirby	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Pearland	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Sienna Plantation	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Spring	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: The Woodlands	Sim
Centro de Emergências do Houston Methodist: Voss	Sim
Grupo de Cuidados de Saúde Primários do Houston Methodist	Não
Grupo de Médicos Especializados do Houston Methodist	Não
Grupos de Médicos Externos ao Houston Methodist (Médicos Particulares)	Não
Anestesiologia: US Anesthesia Partners	Não
Anestesiologia: Space City Anesthesia	Não
Médicos de Serviços de Emergência: EmergiGroup Physician Associates	Não
Médicos de Serviços de Emergência: Kirby Emergency Physicians	Não
Médicos de Serviços de Emergência: San Jacinto Emergency Physicians	Não
Médicos de Serviços de Emergência: West Houston Emergency Physicians	Não
Médicos de Serviços de Emergência: Woodlands Emergency Physicians	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Clínica Médica de Houston, LLP	Não

Especialista em Medicina Hospitalar: Houston Hospitalist Joint Venture	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Houston InPatient Physician Associates	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Medical Center Hospitalist Associates, PLLC	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Houston Methodist Academic Hospitalist Group	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: UTS	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: XpertMD	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: TeamHealth	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: OB Hospitalist Group	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Questcare Obstetrics, PLLC	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Envision OB/Gyn Hospitalist	Não
Especialista em Medicina Hospitalar: Vanguard	Não
Diagnóstico por Imagens: MASTOS Imaging Associates	Não
Neonatos: Texas Children's Physician Services	Não
Patologia: Methodist Pathology Associates, PLLC	Não
Radiologia: Houston Radiology Associated	Não

Anexo D



Solicitação de Auxílio Financeiro

Instruções: preencha todos os campos em branco abaixo. Se um item não se aplicar a você, escreva N/A. Anexe fotocópias dos seguintes documentos que se aplicam à sua situação atual: 1. Holerite de pagamento mais recente que informe sua renda anual até a presente data; 2. Declaração de imposto de renda mais recente, incluindo todos os anexos; 3. Cheque ou carta de elegibilidade do Seguro Social (Social Security) ou extrato do banco, se depósito direito; 4. Carta atestando desemprego; 5. Cartão ouro do Harris Health System. Se desempregado e dependente de outros para rendimento e/ou despesas, anexe uma carta de suporte e uma cópia da declaração de IR, se constar como dependente. Se tiver dúvidas ou precisar de mais ajuda para preencher o formulário, contate o Centralized Business Office no telefone 877-493-3228, de segunda à sexta das 7h às 19h, sábado das 8h às 12h.

Devolva o formulário preenchido com os comprovantes para qualquer membro da equipe de Acesso do Paciente, ou envie pelo correio ou via fax (832) 667-5995 para o Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

NOME DO PACIENTE (LETRAS DE FORMA) QUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DO NO. DO SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)

NOME DO CÔNJUGE/PROGENITOR/TUTOR (LETRAS DE FORMA) NÚMERO DO SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

NÚMERO DE TELEFONE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVIÇO(S) SOLICITADO(S): _____

NÚMERO DE CONTA: _____ DATAS DO SERVIÇO: _____

No. de filhos menores de 18 anos que moram em casa: _____ Nomes dos dependentes

Parentesco direto _____	_____
Enteados _____	_____
Sem parentesco _____	_____
Tutor de _____	_____

Paciente	Cônjuge/Outro
Empregador _____	Empregador _____
<input type="checkbox"/> Empregado período integral	<input type="checkbox"/> Empregado período integral
<input type="checkbox"/> Empregado meio-período	<input type="checkbox"/> Empregado meio-período
<input type="checkbox"/> Desempregado/aposentado/incapacitado	<input type="checkbox"/> Desempregado/aposentado/incapacitado
<input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho	<input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho
<input type="checkbox"/> Dona-de-casa	<input type="checkbox"/> Dona-de-casa

RENDA FAMILIAR TOTAL* \$ _____/mês (ENVIAR COMPROVANTE(S) DE RENDIMENTO COM A SOLICITAÇÃO)

** Inclui salários, proveitos da fazenda ou trabalho autônomo, assistência do governo, Seguro Social (Social Security), auxílio desemprego, aposentadoria, benefícios durante greves, pensão alimentícia, dotações militares, pensões, rendimentos de dividendos, juros, renda de aluguel e de outras fontes.*

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas no melhor do meu conhecimento. Estou ciente de que omitir as informações acima solicitadas poderá resultar em desqualificação de eventual ajuda financeira prevista no Programa. Se aplicável, solicitarei auxílio do governo, tomarei as medidas cabíveis para obter tal auxílio e avisarei o HM do resultado da minha solicitação. Autorizo (autorizamos) o HM a obter informações de toda e qualquer fonte para verificar a(s) declaração(ões) feitas.

(Assinatura do Paciente/Solicitante)

(Data)