

Houston Methodist Política FI49

Assunto: Assistência Financeira	Data Efetiva: 1 janeiro 2016
Aplicável a: Houston Methodist Hospitals	Data de revisão 1 janeiro 2020
Área originária: Revenue Cycle Council	Data de revisão alvo: 1 janeiro 2023

I. POLÍTICA

O hospital Houston Methodist (HM) está empenhado em oferecer assistência financeira a pessoas com necessidade de cuidados de saúde mas que não têm capacidade financeira para pagar pelos cuidados médicos que necessitam, incluindo urgências como aqui definido, baseado na sua situação financeira individual. Para ser consistente com o objetivo do HM de providenciar cuidados de saúde de alta qualidade e com custos eficientes, o HM esforça-se por assegurar que os que mais precisam recebem os cuidados de saúde que necessitam. O HM presta cuidados de saúde para condições médicas urgentes sem discriminar, e sem considerar a capacidade de pagamento do paciente.

Esta política abrange como solicitar assistência financeira, serviços elegíveis, critérios de escolha, o processo de aprovação, a base de cálculo para os valores faturados, requisitos de notificações e lançamentos, procedimentos de cobrança para valores não pagos, lista de prestadores de serviços que estão ou não abrangidos por esta política (Anexo C), assim como um sumário em linguagem simples desta política (Anexo A).

A ajuda financeira não é considerada como um substituto da responsabilidade pessoal. Os pacientes devem contribuir para o custo dos seus cuidados de saúde, baseado na sua capacidade de pagamento, e cumprir os procedimentos do HM para a obtenção de assistência financeira. Indivíduos com capacidade financeira para adquirir um seguro de saúde são incentivados a fazê-lo, como um meio de ter acesso a serviços de saúde. Pacientes que se qualificam como Houston Methodist Global Patient estão excluídos desta política.

Consistente com boa gestão financeira, para permitir ao HM prestar serviços de saúde ao máximo de pessoas necessitadas, o Conselho de Administração do HM estabeleceu as seguintes orientações para a prestação de cuidados de beneficência a pacientes.

II. DEFINIÇÕES

- **Assistência Financeira:** Serviços de cuidados de saúde providenciados gratuitos ou a custo reduzido pelos hospitais HM a pacientes aprovados para obter Assistência Financeira.

- Financeiramente indigente: Pacientes de famílias com rendimentos inferiores ou iguais a 200% do Nível Federal de Pobreza (FPL).
- Medicamente indigente:
 - Limite N.º. 1 - Pacientes de famílias com rendimentos entre 201% e 500% do FPL.
 - Limite N.º. 2 - Pacientes de famílias com rendimentos superiores a 500% do FPL e com um saldo de conta superior a 10% do rendimento da família.
- Beneficência presumível: Em casos em que o Formulário de Assistência Financeira (FAA) não esteja bem preenchido, o HM usa rotineiramente fontes externas independentes para avaliar pacientes sem seguro de saúde para determinar a sua elegibilidade para receber assistência financeira (por exemplo, modelos eletrónicos de pontuação). As informações recolhidas para esta avaliação inclui estimativas de rendimentos e o número de membros da família.
- Nível Federal de Pobreza (FPL): Nível de rendimentos em que o indivíduo é considerado estar no limiar da pobreza. Este nível de rendimentos varia conforme o tamanho da unidade familiar. O nível de pobreza é atualizado anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos e publicado no Registo Federal. O nível de pobreza indicado nestas orientações publicadas representam o rendimento líquido.
- Saldo de conta: O valor a pagar depois do pedido de assistência a terceiros.
- Família: Baseado na definição do Recenseamento, um grupo de uma ou mais pessoas que residem juntas, e que tenham parentesco quer seja por nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as regras do IRS (Serviços Tributários), se um paciente reivindicar alguém como dependente na sua declaração de rendimentos, essa pessoa pode ser considerada dependente para determinar a assistência financeira.
- Rendimentos da família: Os rendimentos da família, antes de impostos, é determinado pela definição do Recenseamento, que usa o seguinte para calcular os níveis federais de pobreza (FPL):
 - Salários, subsídio de desemprego, indemnizações profissionais, Segurança Social, Suplementos da Segurança Social (SSI), assistência estatal, pagamentos a ex-militares, subsídio, pensão ou reforma de sobrevivência, juros e dividendos (excluindo ganhos ou perdas de capital), alugueres, royalties, rendimentos de propriedades, fundos de investimento, assistência para educação, pensão de alimentos para cônjuge e filhos, assistência externa ao núcleo familiar, e outras fontes diversas;
 - Benefícios não em numerário (como vales de alimentos e subsídios para residência) não estão incluídos;
 - Se alguma pessoa reside com a família, incluir o rendimento de todos os membros da família. Pessoas não parentes, como companheiro de casa, não estão incluídos.

- Houston Methodist Global: Uma empresa da Houston Methodist que serve os pacientes seguintes:
 - Cidadãos de outros países;
 - Na posse de um passaporte válido;
 - Reformados dos Estados Unidos que residem permanentemente no estrangeiro; ou
 - Cidadãos dos Estados Unidos que trabalham no estrangeiro mais do que seis meses por ano.
- Encargos ilíquidos: Encargos para serviços antes da aplicação de pagamentos, ajustamentos contratuais ou descontos.
- Percentagem de Valores Geralmente Faturados (AGB): A percentagem da média de pagamento que um hospital do HM recebe por serviços medicamente necessários ou urgências da Medicare e de companhias de seguros privadas (ver Anexo B). A percentagem AGB é calculada anualmente para cada hospital HM, no prazo de 120 dias a partir de 31 de dezembro, com um método retrospectivo que inclui os pedidos processados no ano anterior.
- Condições de urgências médicas: Definido no âmbito da secção 1867 da Lei da Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd).
- Medicamento necessário: Como definido pela Medicare (serviços ou itens razoáveis e necessários para diagnóstico ou tratamento de doença ou lesão).

III. PROCEDIMENTO

- A. **Crítérios de elegibilidade:** Indivíduos que procurem assistência financeira baseada nos rendimentos da família devem preencher um Formulário de Assistência Financeira (FAA). A elegibilidade para assistência financeira é considerada para pacientes que se qualifiquem, como:
1. Financeiramente Indigentes como determinado nos critérios descritos nesta política;
 2. Medicamente Indigentes como determinado nos critérios descritos nesta política; ou
 3. Pessoas que cumpram os critérios de elegibilidade presumível baseado nos critérios descritos nesta política.
- B. **Serviços elegíveis:** Os seguintes serviços de cuidados de saúde elegíveis para assistência financeira são:
1. Serviços de urgências médicas prestados num ambiente de urgências;
 2. Serviços para uma situação médica que se não for prontamente tratada pode resultar em mudanças adversas no estado de saúde do indivíduo;
 3. Serviços não facultativos prestados em resposta a circunstâncias que são um perigo de vida num ambiente fora das urgências; e

4. Serviços medicamente necessários, avaliados caso-a-caso ao critério do HM.

C. **Processo de elegibilidade:** As necessidades financeiras são determinadas por um processo de avaliação individual que pode incluir o seguinte:

1. Elegibilidade presumível: Em alguns casos, pode haver informações adequadas para determinar a assistência financeira sem ter o FAA preenchido. A assistência financeira presumível vai ser avaliada e/ou reavaliada para cada data de serviços. Alguns exemplos que o HM pode usar para determinar presumível assistência financeira incluem:

- a) Sem-abrigo ou recebe cuidados de saúde de uma clínica para sem-abrigo;
- b) Participação em programas para mulheres, bebês e crianças (WIC);
- c) Elegibilidade para receber vales para alimentos;
- d) Residência de baixo rendimento/subsidiada entregue como endereço válido;
- e) O paciente faleceu sem bens conhecidos;
- f) Aceitação em Community Scholars Program ou outros programas aprovados para prestadores externos (por exemplo, seria assumido que o paciente é elegível de referências da comunidade sobre a sua situação financeira atual sob programas próprios de assistência financeira) e o paciente fica qualificado para a redução de indigência financeira;
- g) Pacientes com dupla elegibilidade para cobertura primária de seguros da Medicare ou cobertura secundário da Medicaid;
- h) Pacientes que sejam elegíveis para Medicaid, cujo pedido foi rejeitado devido a um período de doença ou os benefícios atingiram o limite; e
- i) Modelos eletrônicos de pontuação (por exemplo, Experian).
 - Modelo Eletrônico de Pontuação (ESM). Casos em que o paciente não preenche o FAA, ou não envia a documentação necessária para determinar a sua elegibilidade para assistência financeira, a conta pode ser avaliada com um modelo ESM, que obtém pontuações com base no rendimento da família e o número de membros do agregado familiar. Os descontos são aplicados para casos em que a pontuação ESM indica que a conta se qualifica para assistência financeira.

2. Um processamento de pedido culmina no preenchimento do FAA (FAA - Anexo D).

D. **Como pedir Assistência Financeira:**

1. Para pedir Assistência Financeira, o paciente pode obter o Formulário de Assistência Financeira (FAA), gratuitamente, das seguintes formas:
 - a. Falar com um Conselheiro Financeiro antes de receber os serviços;
 - b. Fazer o download do formulário da página da internet do HAM em www.HoustonMethodist.org/Billing;
 - c. Contactar o Centralized Business Office do HM, de segunda a sexta das 7:00 às 19:00, sábados das 8:00 às 12:00 pelo número 832-667-5900 ou pelo número gratuito 877-493-3228; ou
 - d. Por correio:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
2. Depois de obter o FAA, que deve ser preenchido na sua totalidade, o paciente deve recolher e anexar os documentos de suporte exigidos, e todos os documentos devem ser enviados por uma das seguintes formas:
 - a. Por correio:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
 - b. Dirija-se e/ou entregue a um membro da equipa de Patient Access; ou
 - c. Fax para 832-667-5995.
3. É preferível, mas não obrigatório, que um pedido de assistência financeira e a determinação da necessidade financeira ocorram antes da prestação de serviços não urgentes medicamente necessários. No entanto, esta determinação pode ser feita em qualquer altura. A necessidade de ajuda financeira é atualizada para cada serviço subsequente, caso a última avaliação financeira tenha sido efetuada há mais de um ano, ou sempre que sejam conhecidas informações adicionais que sejam relevantes para a elegibilidade do paciente para assistência financeira.
4. Os valores de dignidade humana e gestão do HM refletem-se no processamento de pedidos e aprovações. Os pedidos de assistência financeira devem ser processados prontamente, e o HM deve notificar o paciente ou o requerente, por escrito, 30 dias depois de receber um FAA. A Assistência Financeira é aprovada

ou negada com base no FAA preenchido e outras provisões contidas nesta política (por exemplo, ver abaixo). Em casos de avaliação presumível, não é feita nenhuma notificação por escrito para o paciente, quer seja aprovado ou rejeitado.

- a. Decisões rejeitadas: Pode ser considerado um recurso, desde que sejam entregues informações adicionais ou uma das razões específicas da rejeição indicadas na carta seja clarificada. Os recursos são aceites por telefone, fax ou correio.

E. **Valores faturados:** Depois de confirmar os cuidados de saúde para elegibilidade sob esta política, o saldo remanescente na conta vai ser faturado ao paciente, conforme listado abaixo.

1. Pessoas Financeiramente Indigentes recebem um desconto de 100% sobre os encargos ilíquidos, e o desconto vai ser classificado como Assistência Financeira.
2. Limite Nº. 1 de Medicamento Indigentes são faturados o menor de 5% do rendimento anual ilíquido da família ou uma percentagem do AGB.
3. Limite Nº. 2 de Medicamento Indigentes são faturados o menor de 10% do rendimento anual ilíquido da família, ou uma percentagem do Saldo da Conta.

F. **Passos tomados para cobrança no caso de falta de pagamento:** Em casos em que um paciente não pague o valor faturado (Secção III, E acima), a gestão do HM vai seguir as políticas de cobrança estabelecidas, que incluem opções de pagamento prolongado. Em nenhum momento, o HM vai impor medidas de cobrança extraordinárias, como penhoras de salários, garantias pessoais sobre residências principais, notificação às agências de crédito ou outras ações judiciais. Seguir um dos passos listados abaixo na Secção III, D1 para obter gratuitamente uma cópia das políticas de cobranças do HM.

G. **Requisitos de Notificações e Lançamentos de Assistência Financeira:** As notificações sobre assistência financeira são disponibilizadas por vários meios, que podem incluir, mas não estão limitados a: publicação de anúncios nas contas de pacientes; avisos nas salas de emergência e centros de cuidados urgentes; no formulário das Condições de Admissão; nos Departamentos de Admissão e Registo, e noutros lugares públicos que o HM escolher. O HM pode também publicar e publicitar amplamente um sumário desta política de Assistência Financeira nas páginas da internet dos seus hospitais, em brochuras disponíveis em sites de acesso a pacientes e outros lugares nas comunidades servidas pelo HM. Estes anúncios e sumários de informações são disponibilizados nos vários idiomas principais, falados pelas populações servidas pelo HM. O encaminhamento de pacientes para a obtenção de ajuda financeira pode ser feito por qualquer membro do pessoal do HM ou pessoal médico. Um pedido de assistência financeira pode ser feito pelo paciente ou por um membro da sua família, amigo próximo, ou associado do paciente, sujeito às leis de privacidade em vigor.

H. **Requisitos das entidades reguladoras:** Ao implementar esta política, o HM vai cumprir a legislação, regras e regulamentos federais, estatais e locais, assim como os regulamentos aplicáveis às atividades conduzidas em conformidade com esta política.

I. **Referências das autoridades:**

1. Lei de Proteção ao Paciente e Sistema de Saúde Acessível de 2010;
2. Secção 501r do Código sobre impostos sobre rendimentos;
3. Política de opções de pagamento prolongadas (FI86); e
4. Políticas de Cobrança (FI85).

IV. PROCEDIMENTO DE REVISÃO OU APROVAÇÃO DO CONCELHO OU COMISSÃO E REVISÃO DE DATAS APROPRIADAS

Recomendado por Revenue Cycle Council

Aprovado pelo Conselho de Administração do Houston Methodist

- V. NOME DO EXECUTIVO QUE APROVOU:** Marc L. Boom, M.D.
TÍTULO: Presidente e Diretor Executivo

Autorizado pelo Diretor Administrativo:

(Assinado, original arquivado)

M. Boom
Presidente
Diretor Executivo
Houston Methodist

Data

Anexo A

Sumário em Linguagem Simples

Política de Ajuda Financeira do Houston Methodist

O Houston Methodist está empenhado em prestar cuidados de saúde de beneficência a pessoas sem seguro de saúde, ou com um seguro sem cobertura suficiente, ou que não sejam elegíveis para programas governamentais, ou não tenham capacidade para pagar os cuidados de saúde que necessitam devido à sua situação financeira individual.

Pacientes, de famílias com rendimentos iguais ou inferiores a 200% do Nível Federal de Pobreza (FPL), cumprem os requisitos para receber serviços de saúde gratuitos, e pacientes de famílias com rendimento acima de 200% mas não mais de 500% acima do NFP, são elegíveis para serviços de saúde a valores reduzidos. Este valor reduzido não deve exceder o valor médio que o Houston Methodist receberia de uma seguradora privada ou da Medicare, incluindo pagamentos de pacientes na forma de dedutíveis, co-pagamentos ou co-seguros. Pacientes de famílias com rendimentos acima de 500% do NFP podem ser elegíveis para serviços com custos reduzidos.

Não é necessário fazer pagamentos adiantados ou negociar pagamentos para urgências ou serviços medicamente necessários antes de os serviços serem prestados. No entanto, se for obrigado a pagar um valor reduzido, e não lhe for possível pagar o total do valor reduzido depois de os serviços terem sido prestados, o Houston Methodist vai proceder à cobrança do valor reduzido. O Houston Methodist envia extratos mensais de faturação, a solicitar o pagamento. Se não lhe for possível pagar o valor total de uma só vez, o Houston Methodist oferece opções de pagamento prolongadas, sem juros. Valores reduzidos que não sejam pagos, vão ser entregues a uma empresa de cobrança externa para continuar os esforços de cobrança. A atividade de cobrança externa não inclui penhoras pessoais, ações legais ou notificações às agências de classificação de crédito.

Pode obter cópias gratuitas da Política de Ajuda Financeira do Houston Methodist, o Formulário de Pedido de Ajuda Financeira e Políticas de Cobrança na página da internet do Houston Methodist em www.houstonmethodist.org/billing, e estão também disponíveis nas áreas de Internamento e Registo, ou contactar o Centralized Business Office para o número (local) 832-667-5900, (gratuito) 877-493-3228, ou pode também solicitar por email para:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

Este Sumário de Linguagem Simples, Política de Ajuda Financeira, Pedido de Ajuda Financeira e Políticas de Cobrança estão disponíveis em vários idiomas nos pontos de contacto listados acima.

A Unidade de Assistência Financeira do Houston Methodist está disponível para responder a todas as questões, e oferecer informações sobre a Política de Ajuda Financeira, e também para ajudar no processo

do pedido. Pode contactar um membro da Unidade de Assistência Financeira de segunda a sexta, entre as 7.00 e as 19.00, e aos sábados entre as 8.00 e 12.00 pelo número 877-493-3228.

Depois de preencher o Formulário de Pedido de Assistência, incluir todos os documentos de suporte exigidos e envie para a Unidade de Assistência Financeira, ver o endereço listado acima, ou envie por fax para a Unidade de Assistência Financeira para o número 832-667-5995.

AMOSTRA

VALOR GERALMENTE COBRADO (AGB) FOLHA DE CÁLCULO

Cálculo anual da percentagem dos valores geralmente faturados
Houston Methodist Hospitals

Período relevante de medição: 1 janeiro 2019 - 31 dezembro 2019

A	Valores permitidos em reivindicações Taxa-de-Serviço da Medicare pagas durante o período em causa	\$
B	Valores permitidos em indemnizações de Companhias de Seguros privadas pagas durante o período em causa	\$
C	Co-pagamentos, co-seguro e franquias pagas por pacientes por reivindicações mencionadas em A e B durante o período em causa	\$
D	Valores permitidos por seguro total e pagamentos de pacientes (A+B+C acima)	\$
E	Encargos brutos hospitalares relativos a serviços prestados em D acima	\$
F	Valor percentual específico do hospital cobrado em geral (AGB) (D/E)	%

Para obter uma lista das percentagens atuais de AGB para cada hospital HM, agradecemos que contacte qualquer um dos indivíduos listados na Secção III, D.1. Estas informações são gratuitas.

Sempre que for necessário calcular o AGB para cada entidade, o HM aplica uniformemente o AGB mais baixo calculado por entidade, arredondado.

Anexo C

Lista de prestadores de serviços que não estão abrangidos por esta política

Organização/Grupo/Consultório	Cobertura 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 Houston Methodist de Cuidados Continuados	Sim
Hospital Houston Methodist The Woodlands	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Cinco Randi	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Cypress	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Kirby	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Pearland	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Sienna Plantation	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Spring	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Spring Brandi	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: The Woodlands	Sim
Centro de Imagiologia Houston Methodist: Voss	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Cinco Randi	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Cypress	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Kirby	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Pearland	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Sienna Plantation	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Spring	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: The Woodlands	Sim
Centro de Urgências Houston Methodist: Voss	Sim
Grupo Houston Methodist de Cuidados Primários	Não
Grupo Houston Methodist de Médicos Especialistas	Não
Grupos de Médicos Não Houston Methodist (Médicos Privados)	Não
Anestesiologia US Anesthesia Partners	Não
Anestesiologia Space City Anesthesia	Não
Médicos de Urgências: EmergiGroup Physician Associates	Não
Médicos de Urgências: Médicos de Urgências de Kirby	Não
Médicos de Urgências: Médicos de Urgências de San Jacinto	Não
Médicos de Urgências: Médicos de Urgências de West Houston:	Não
Médicos de Urgências: Médicos de Urgências de Woodlands	Não
Medicina Interna: Medical Clinic of Houston, LLP	Não
Medicina Interna: Houston Hospitalist Joint Venture	Não
Medicina Interna: Houston InPatient Physician Associates	Não
Medicina Interna: Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC	Não
Medicina Interna: Medical Center Hospitalist Associates, PLLC	Não
Medicina Interna: Grupo Houston Methodist de Medicina Interna	Não
Medicina Interna: UTS	Não

Medicina Interna: XpertMD	Não
Medicina Interna: TeamHealth	Não
Medicina Interna: OB Hospitalist Group	Não
Medicina Interna: Questcare Obstetrics, PLLC	Não
Medicina Interna: Envision OB/Gyn Hospitalist	Não
Medicina Interna: Vanguard	Não
Imagiologia: MASTOS Imaging Associates	Não
Recém-nascidos: Serviços Médicos Pediátricos do Texas	Não
Patologia: Methodist Pathology Associates, PLLC	Não
Radiologia: Houston Radiology Associated	Não

Anexo D



Pedido de Ajuda Financeira

Instruções: Por favor, preencha todos os campos abaixo. Se um item não é aplicável, por favor escreva N/A. Junte fotocópias dos seguintes documentos que se aplicam à sua situação atual: 1. Mais recente(s) talão(ões) de cheque(s) que reflète(m) informação sobre o rendimento acumulado durante o ano; 2. Mais recente declaração de imposto sobre o rendimento, incluindo todos os anexos; 3. Cheque da Segurança Social ou carta de direito ou extrato bancário, no caso de depósito direto; 4. Carta de adjudicação de desemprego; 5. Cartão dourado do Sistema de Saúde do Condado de Harris (Harris Health System gold card). Se for desempregado e dependente de outras pessoas no que respeita ao rendimento e/ou despesas do dia a dia, anexe uma carta de apoio e uma cópia da declaração de imposto sobre o rendimento, se estiver listado como dependente na declaração de imposto sobre o rendimento. Se tiver perguntas ou precisar de assistência adicional para preencher este formulário de pedido, contacte o Escritório Comercial Centralizado (Centralized Business Office) pelo 877-493-3228 de seg. a sex. das 7 às 19 horas, sábado das 8 às 12 horas.

Envie o pedido preenchido e os documentos de apoio a qualquer dos membros da equipa de Acesso do Paciente, ou por fax para (832) 667-5995 ou pelo correio para Houston Methodist, Centralized Business Office, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road, Katy, TX 77450.

NOME DO PACIENTE (ESCREVER EM LETRA DE IMPRENSA) _____ ÚLTIMOS QUATRO DÍGITOS DA SEGURANÇA SOCIAL _____

NOME DO CÔNJUGE/PAIS/TUTOR (ESCREVER EM LETRA DE IMPRENSA) _____ NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL _____

ENDEREÇO _____

NÚMERO DE TELEFONE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVIÇO(S) SOLICITADO(S): _____

NÚMERO DE CONTA: _____ DATAS DE SERVIÇO: _____

Nº. de filhos com menos de 18 anos que vivem em casa: _____ Nomes dos Dependentes

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

Paciente	Cônjuge/Outro
Empregador _____	Empregador _____
<input type="checkbox"/> Emprego a tempo inteiro	<input type="checkbox"/> Emprego a tempo inteiro
<input type="checkbox"/> Emprego a tempo parcial	<input type="checkbox"/> Emprego a tempo parcial
<input type="checkbox"/> Desempregado/reformado/incapacitado	<input type="checkbox"/> Desempregado/reformado/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

TOTAL DO RENDIMENTO FAMILIAR* \$ _____ /mês (ENVIAR O(S) COMPROVATIVO(S) DO RENDIMENTO COM O PEDIDO)

* Inclui todos os salários, agricultura ou auto-emprego, assistência pública, Segurança Social, subsídio de desemprego/indenização do trabalhador, reforma, benefícios de greve, pensão alimentícia, apoio à criança, verbas militares, pensões, rendimentos de dividendos, juros, propriedade de aluguer e outras fontes de rendimento variadas.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e exatas tanto quanto sei e creio. Entende-se que a incapacidade de fornecer todas as informações solicitadas acima pode ser considerada como uma desqualificação de qualquer alívio financeiro no âmbito do Programa. Além disso, se for o caso, farei um pedido de assistência governamental, tomarei as medidas adequadas para obter essa assistência e informarei o HM do resultado da minha candidatura. Eu (nós) dou (damos) o meu (nosso) consentimento ao HM para obter informações a partir de qualquer fonte para verificar a declaração(ões) que eu (nós) fiz (fizemos).

(Assinatura do Paciente/Requerente)

(Data)