

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

Empregador _____

- ☐ Emprego a tempo inteiro
☐ Emprego a tempo parcial
☐ Desempregado/reformado/incapacitado
☐ Incapaz de voltar ao trabalho
☐ Dona de casa

Cônjuge/Outro

Empregador _____

- ☐ Emprego a tempo inteiro
☐ Emprego a tempo parcial
☐ Desempregado/reformado/incapacitado
☐ Incapaz de voltar ao trabalho
☐ 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/indemnização 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)