

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 direto;** **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 19 h, sábado das 8h às 12 h.

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 _____

DESPESAS

Moradia:

Serviços:

Automóveis:

MENSAIS

Aluguel _____

Energia \$ _____

Próprio/Qtde _____

Própria _____

Água \$ _____

Leasing/Qtde _____

Quitada _____

Gás \$ _____

Valor mensal \$ _____

Parcela mensal \$ _____

Paciente

Cônjuge/Outro

Empregador _____

Empregador _____

Empregado período integral

Empregado período integral

Empregado meio-período

Empregado meio-período

Desempregado/aposentado/incapacitado

Desempregado/aposentado/incapacitado

Incapaz de voltar ao trabalho

Incapaz de voltar ao trabalho

Dona-de-casa

Dona-de-casa

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

* Inclui salários, proventos 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.

CONTAS BANCÁRIAS/OUTROS ATIVOS:

Conta bancária **Sim** **Não** **Saldo** \$ _____

Conta poupança **Sim** **Não** **Saldo** \$ _____

Ações/Bonds, etc. **Sim** **Não** **Saldo** \$ _____

Propriedades Adicionais **Sim** **Não** **Descreva** _____

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)