

Pedido para Cuidados de Saúde Não Remunerados

SECÇÃO I.- INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA/FIADOR		SECÇÃO IV.- ATIVOS NÃO LÍQUIDOS				
Número total na família:		Marca	Ano	Montante devido	Pagamento mensal	Valor
N.º de dependentes menores de 21 anos:		Carro 1				\$ _____
Nome do fiador:		Carro 2				\$ _____
Relação com o doente:		Outro				\$ _____
Estatuto de cidadania		Total				
		A sua residência é própria ou alugada?		Própria	Alugada	
SECÇÃO II.- RENDIMENTO MENSAL BRUTO		É proprietário de outro imóvel?		Sim	Não	
Mãe:		Endereço/Localidade:				
<input type="checkbox"/> Emprego	\$ _____		Valor	Montante devido	Capital próprio	
<input type="checkbox"/> Incapacidade	\$ _____	Outro imóvel				
<input type="checkbox"/> Desemprego	\$ _____	TOTAL DE ATIVOS NÃO LÍQUIDOS:				\$ _____
<input type="checkbox"/> Reforma	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Outro:	\$ _____					
Pai		SECÇÃO V.- DESPESAS MENSAIS				
<input type="checkbox"/> Emprego	\$ _____		Mãe	Pai		
<input type="checkbox"/> Incapacidade	\$ _____	Pensão de alimentos para o cônjuge e/ou filhos	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Desemprego	\$ _____	Despesas de creche com crianças	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Reforma	\$ _____	Prémios de seguro de saúde	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	Despesas de trabalho (\$75 por pessoa máx.)	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Outro:	\$ _____	Total de despesas médicas/dentárias	\$ _____	\$ _____		
RENDIMENTO TOTAL:	\$ _____	Contas correntes/empréstimos/cartões de crédito:	\$ _____	\$ _____		
		Nome:	\$ _____	\$ _____		
		Nome:	\$ _____	\$ _____		
SECÇÃO III.- ATIVOS LÍQUIDOS		Nome:	\$ _____	\$ _____		
Conta corrente n.º	\$ _____	Límite de MasterCard	\$ _____	\$ _____		
Nome do banco:		Límite de Visa:	\$ _____	\$ _____		
Agência:		DESPESAS TOTAIS		\$ _____	\$ _____	
Conta poupança n.º:	\$ _____					
Nome do banco:		DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:				
Agência:		<input type="checkbox"/> Declaração de rendimentos do ano passado ou recibos de vencimento de 3 meses				
Outro:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cópia dos extratos bancários (2 meses)				
Especificar		<input type="checkbox"/> Recibo de aluguer ou pagamento de hipoteca (3 meses)				
TOTAL DE ATIVOS LÍQUIDOS:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Outro: (especificar)				

FINALIDADE: a finalidade destas informações é determinar a sua capacidade para pagar os serviços no Children's Hospital LA ou a sua possível elegibilidade para um programa de assistência médica. Estas informações **NÃO** constituem um pedido para Medi-cal, California Children's Services, County Medically Indigent Services Program ou qualquer outro programa de assistência do condado. **PARA SE CANDIDATAR A PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA, DEVE CONTACTAR O DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS SOCIAIS DO SEU CONDADO DE RESIDÊNCIA.**

Certifico que as informações acima são exatas e completas. Entendo que o hospital se reserva o direito de verificar todas as informações. Concordo em notificar os Serviços Administrativos para Doentes (Patient Business Services) de qualquer alteração nas minhas informações financeiras no prazo de 10 dias após a alteração.

COMPREENDO QUE CONTINUO A SER RESPONSÁVEL PELO MONTANTE TOTAL DOS MEUS ENCARGOS NO CHILDREN'S HOSPITAL LOS ANGELES.

Assinatura do pai ou mãe/Tutor

Data

Testemunha/Tradutor

Representante do Hospital