

Pedido de Assistência sem Reembolso

SEÇÃO I.- INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA/RESPONSÁVEL		SEÇÃO IV.- ATIVO NÃO LÍQUIDO					
Número Total de Pessoas na Família:			Modelo	Ano	Valor devido	Pagamento mensal	Valor
Nº. de Dependentes Menores de 21 anos:			Carro 1				US\$_____
Nome do Responsável:			Carro 2				US\$_____
Relação com o paciente:			Outro				US\$_____
Situação de Cidadania		Total					
		Você possui ou aluga uma residência?			Possuo	Alugo	
		Você possui outro imóvel?			Sim	Não	
SEÇÃO II.- RENDA MENSAL BRUTA							
Mãe:		Endereço/Localização:					
<input type="checkbox"/> Salário	US\$_____				Valor	Valor Devido	Patrimônio
<input type="checkbox"/> Benefício a Pessoa com	US\$_____						
<input type="checkbox"/> Auxílio Desemprego	US\$_____						
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	US\$_____	Outro tipo de bem					
<input type="checkbox"/> Auxílio Médico da Califórnia (Medi-Cal)	US\$_____	TOTAL DE ATIVO NÃO LÍQUIDO:					US\$_____
<input type="checkbox"/> Outro:	US\$_____						
Pai		SEÇÃO V.- DESPESAS MENSAS					
<input type="checkbox"/> Salário	US\$_____		Mãe	Pai			
<input type="checkbox"/> Benefício a Pessoa com Deficiência	US\$_____	Pensão alimentícia	US\$_____	US\$_____			
<input type="checkbox"/> Auxílio Desemprego	US\$_____	Custos da Creche para Crianças	US\$_____	US\$_____			
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	US\$_____	Prêmios de Seguro Saúde	US\$_____	US\$_____			
<input type="checkbox"/> Auxílio Médico da Califórnia (Medi-Cal)	US\$_____	Despesas de trabalho (até US\$ 75 por pessoa.)	US\$_____	US\$_____			
<input type="checkbox"/> Outro:	US\$_____	Total de Despesas Médicas/ Odontológicas	US\$_____	US\$_____			
RENDA TOTAL:	US\$_____	Contas de Cobrança/Empréstimos/ Cartões de Crédito:	US\$_____	US\$_____			
		Nome:	US\$_____	US\$_____			
		Nome:	US\$_____	US\$_____			
		Nome:	US\$_____	US\$_____			
		Limite MasterCard	US\$_____	US\$_____			
		Limite Visa:	US\$_____	US\$_____			
		DESPESAS TOTAIS	US\$_____	US\$_____			
SEÇÃO III.- ATIVO LÍQUIDO							
Nº. da Conta Corrente	US\$_____						
Nome do Banco:							
Agência:							
Nº. da Conta Poupança:	US\$_____						
Nome do Banco:		DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:					
Agência:		<input type="checkbox"/> Declaração de Imposto de Renda do ano anterior ou três meses de contracheques					
Outro:	US\$_____	<input type="checkbox"/> Cópia dos extratos bancários (2 meses)					
Especifique		<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento de aluguel ou hipoteca (3 meses)					
TOTAL DE ATIVO LÍQUIDO:	US\$_____	<input type="checkbox"/> Outro: (especifique)					

OBJETIVO: estas informações têm como objetivo determinar sua capacidade de pagar por serviços no Children's Hospital LA, ou sua possível elegibilidade para um programa de assistência médica. As informações NÃO constituem pedido de Auxílio Médico da Califórnia (Medi-Cal), Programa de Serviços para Crianças da Califórnia, Programa de Serviços para Pessoas de Baixa Renda do Condado ou qualquer outro programa de assistência do condado. Você DEVE ENTRAR EM CONTATO COM O DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES EM SEU CONDADO DE RESIDÊNCIA PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA.

Certifico que as informações acima são precisas e completas. Entendo que o hospital se reserva o direito de verificar todas as informações. Eu concordo em notificar a Patient Business Services sobre qualquer alteração em minhas informações financeiras até 10 dias após a alteração.

ENTENDO QUE AINDA SOU RESPONSÁVEL POR TODAS AS MINHAS DESPESAS NO CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES.

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Testemunha/Tradutor

Representante do Hospital