

HMH CARRIER CLINIC, INC.

PROGRAMA DE AJUDA FINANCEIRA (FAP)

USO EXCLUSIVO PFS (Perfect Forward Secrecy)

DATA DE RECEÇÃO DO PEDIDO

**Prova de identificação, residência, declarações de rendimentos mais recentes, rendimentos e bens devem acompanhar este pedido.
Por favor, remeta cópias de todos os documentos solicitados, não envie documentos originais, pois estes não serão devolvidos.
Para obter ajuda, assistência ou em caso de dúvidas, por favor ligue para os Serviços Financeiros do Paciente, 908-281-1522**

I. Informação pessoal

N.º ATO HOSPITALAR _____

Nome do paciente (apelido, nome próprio, nomes restantes) _____	Estado civil _____	N.º Segurança Social _____
(ENDEREÇO, NÚMERO E RUA) _____	PRÓPRIO _____	ARRENDAMENTO QUANTO TEMPO _____
(FREGUESIA, CIDADE, CÓDIGO POSTAL) _____	(DISTRITO) _____	
TELEFONE RESIDENCIAL _____	CONTACTO TELEFÓNICO DURANTE DO DIA _____	
Nome da pessoa que preenche o pedido _____	Relação com o paciente _____	Número de telefone _____
Nome do avalista (se não for o Paciente) _____	Relação com o paciente _____	Número de telefone _____

II. Informações sobre o seguro

Nome do Seguro _____	Nome do Subscritor _____	Relação com o pac. _____
Se não tiver seguro - Solicitou cobertura de saúde através do Marketplace? Está isento da solicitação de cobertura através do Marketplace	SIM _____ NÃO _____ SIM _____ NÃO _____	
Solicitou Assistência Médica nos últimos 6 meses? Se respondeu SIM, por favor envie uma cópia da Carta de Indeferimento ou Prova de Elegibilidade.	SIM _____ NÃO _____ SIM _____ NÃO _____	

Se respondeu NÃO, por favor entre em contacto com o gabinete local da Diretoria de Serviços Sociais para obter orientação sobre como se candidatar a benefícios.

III. Informações sobre o agregado familiar (indique todas as pessoas que fazem parte do seu agregado familiar) TAMANHO DO AGREGADO FAMILIAR _____

Nome do Membro do Agregado familiar, incluindo o paciente	Relação com o Paciente	Ocupação
	PACIENTE	

Membro Contínuo do Agregado Familiar	Relação com o Paciente	Ocupação

IV. Fontes de rendimento/bens do agregado familiar (inclui um parente por consanguinidade, casamento ou adoção)

Rendimentos do agregado familiar:

(Por favor, identifique se se trata de rendimento mensal (M) ou anual (A))		PACIENTE	AGREGADO FAMILIAR
Salário/vencimentos antes das deduções	M A	\$	\$
Trabalhador independente (verificado por fonte indepe	M A	\$	\$
Benefícios da Segurança Social	M A	\$	\$
Pensão de Alimentos/Apoio à Criança	M A	\$	\$
outro Apoio Monetário	M A	\$	\$
Desemprego e Remuneração de Trabalhadores	M A	\$	\$
Benefícios para Veteranos	M A	\$	\$
Pagamentos de Pensões	M A	\$	\$
Pagamentos de Seguros e Anuidades	M A	\$	\$
Dividendos/Juros	M A	\$	\$
Rendimentos provenientes de arrendamentos	M A	\$	\$

TOTAL

Bens do agregado familiar:

OUTROS BENS	PACIENTE	AGREGADO FAMILIAR
Poupanças	\$	\$
Controlo	\$	\$
Certificado de Depósito (CD)	\$	\$
Contas do Mercado Monetário	\$	\$
Títulos de Poupança	\$	\$
Ações	\$	\$
Títulos	\$	\$
IRA (Contas de Aposentadoria Individuais)	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Outro	\$	\$

TOTAL

V. Certificação pelo Requerente

Certifico que as informações acima sobre a dimensão da minha família, rendimentos e bens são verdadeiras e corretas.

Entendo que a deturpação intencional das informações enviadas me responsabilizará por todas as custas hospitalares.

Entendo que é da minha responsabilidade informar o hospital sobre qualquer alteração no estado dos meus rendimentos ou bens.

Assinatura do Paciente

DATA

Assinatura da pessoa que preencheu este documento /Relação com c Data