

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