



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ou 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

Data/ Date: _____ Nome do/a Fiador/a/ Guarantor Name: _____

Nome do/a Paciente/ Patient Name: _____ Data(s) do Serviço / Date(s) of Service: _____

Conta n.º/ Account # _____ Registo Médico n.º/ Medical Record # _____

Caro/a Paciente e/ou Fiador/a-

Enviamos em anexo o Pedido de Apoio Financeiro da Texas Health Resources. O preenchimento deste pedido permitir-nos-á apresentar a sua conta para avaliação de apoio financeiro para a(s) sua(s) despesa(s) hospitalares, de cuidados de saúde urgentes ou para com um médico. Isto destina-se apenas aos seus saldos pendentes junto de um Texas Health Hospital, Texas Health Breeze Urgent Care ou Texas Health Physician Group.

Compreendemos o seu desejo de privacidade. Assim, salvo para efeitos de verificação, a informação incluída no seu pedido será tratada como informação confidencial. Será partilhada apenas com a Texas Health Resources se absolutamente necessário.

Preencha todos os campos do pedido. Caso necessite de espaço adicional para explicações, utilize o verso do pedido.

É necessária prova de rendimentos para processar o pedido. Verifique abaixo os documentos aceites. A não entrega dos documentos requeridos pode resultar na recusa da avaliação do apoio financeiro.

É importante preencher este pedido logo após a receção do mesmo e devolvê-lo com a maior brevidade possível.

Caso tenha dificuldades no preenchimento deste pedido ou tenha dúvidas em relação a algum campo, contacte a nossa equipa. É necessária a sua colaboração para preencher o seu pedido.

OS DOCUMENTOS DE PROVA DE RENDIMENTOS NECESSÁRIOS IRÃO DEPENDER DA SUA SITUAÇÃO FINANCEIRA.

PODERÃO SER PEDIDOS TODOS OU UMA PARTE DOS DOCUMENTOS SEGUINTE PARA DETERMINAR O RESULTADO DO SEU PROCESSO DE APOIO FINANCEIRO.

1. Comprovativos de rendimentos de trabalho por conta de outrem - 3 comprovativos de pagamento atuais de cada trabalho exercido.
2. Declarações da Segurança Social ou de subsídios
3. Os trabalhadores por conta própria deverão fornecer a declaração de rendimentos pessoal do ano civil mais recente e extratos bancários pessoais detalhados de 3 meses.
 - a. Declaração de rendimentos = formulário "1040" pessoal mais a tabela "schedule 1" e quaisquer outras tabelas indicadas na "schedule 1"
4. Declarações "W-2" ou "1099" para trabalho por conta de outrem durante o período relevante.
5. Subsídios de desemprego - impressos com a aprovação ou recusa de subsídios de desemprego.
6. Comprovativo de rendimento de pensão de alimentos - preferencialmente uma síntese do Procurador-Geral.
7. Comprovativo de recursos disponíveis - extratos bancários pessoais detalhados
8. Impressos com aprovação ou recusa de elegibilidade para Medicaid e/ou Apoio Médico financiado pelo estado.
9. Declarações por escrito de empregadores ou órgãos de assistência social.
10. Carta de apoio assinada pela parte fornecedora das necessidades de alimentação e alojamento.
11. Comprovativo de rendimentos por acidente de trabalho
12. Declaração de rendimento por incapacidade de curta duração ou longa duração
13. Impressos com aprovação ou recusa de elegibilidade para subsídios do Programa de Assistência Nutricional Alimentar.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ou 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

PEDIDO DE APOIO FINANCEIRO – Página 1

Nome do/a Paciente / *Patient Name:* _____ Apellido / *Last* _____ Nome próprio / *First* _____ MI / *MI* _____

Segurança Social n.º / *Social Security #* _____ Data de nascimento / *DOB:* _____ Conta n.º / *Account #:* _____

Casado/a / *Married* _____ Solteiro/a / *Single* _____ Divorciado/a / *Divorced* _____ Viúvo/a / *Widowed* _____ Separado/a / *Separated* _____

Tem filhos menores (com menos de 18 anos)? / *Do you have minor children (under 18)?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 Vivem consigo? / *Do they live with you?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 São seus filhos legítimos/adotados legalmente? / *Are they your birth/legally adopted children?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 Paciente empregado/a? / *Patient Employed?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 Cônjuge empregado/a? / *Spouse Employed?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 Tem seguro de saúde? / *Do you have medical insurance?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 É membro de um plano de participação nos custos de saúde? / *Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 Tem incapacidade? Há quanto tempo? / *Are you on disability? How long?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____
 É veterano/a? / *Are you a veteran?* _____ Sim / *Yes* _____ Não / *No* _____

MEMBROS DA FAMÍLIA – (que vivem na mesma casa)

Cônjuge / *Spouse:* _____

Filho/a / *Child:* _____ Idade / *Age:* _____
 Filho/a / *Child:* _____ Idade / *Age:* _____
 Filho/a / *Child:* _____ Idade / *Age:* _____
 Filho/a / *Child:* _____ Idade / *Age:* _____

RENDIMENTO (Quantia Mensal):

	<u>Bruto / Gross</u>	<u>Líquido / Net</u>	<u>Despesas / Expenses</u>	<u>Quantia Mensal / Monthly Amount</u>
Paciente / <i>Patient</i>	\$ _____	\$ _____	Empréstimo/Renda / <i>Mortgage/Rent</i>	\$ _____
Cônjuge / <i>Spouse</i>	\$ _____	\$ _____	Serviços / <i>Utilities</i>	\$ _____
Dependentes / <i>Dependents</i>	\$ _____	\$ _____	Prestação Automóvel / <i>Car Payments</i>	\$ _____
Apoios Estatais / <i>Public Assistance</i>	\$ _____	\$ _____	Alimentação/Mercearia / <i>Food / Groceries</i>	\$ _____
Senhas de Alimentação / <i>Food Stamps</i>	\$ _____	\$ _____	Cartões de Crédito / <i>Credit Cards</i>	\$ _____
Segurança Social / <i>Social Security</i>	\$ _____	\$ _____	Outro / <i>Other</i>	
Desemprego / <i>Unemployment</i>	\$ _____	\$ _____	(por favor, especifique / <i>please specify</i>)	\$ _____
Subsídios de Greve / <i>Strike Benefits</i>	\$ _____	\$ _____		
Acidentes de Trabalho / <i>Worker's Compensation</i>	\$ _____	\$ _____	TOTAL	\$ _____
Pensão de Alimentos / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____		
Pensão de Alimentos / <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____		
Subsídios Militares / <i>Military Allotments</i>	\$ _____	\$ _____		
Subsídios / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____		
Rendimentos de: CD, Rendas, Dividendos, Juros / <i>Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest</i>	\$ _____	\$ _____		
TOTAL	\$ _____	\$ _____		

ATIVOS

Conta Corrente / *Checking Account* \$ _____
 Conta Poupança / *Savings Account* \$ _____
 CD, CIR / *CD's, IRA's* \$ _____
 Outros Investimentos (ações, obrigações, etc.) / *Other Investments (Stocks, bonds, etc.)* \$ _____
 Propriedades/Terra além da primeira habitação / *Properties/Land other than primary residence* \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ou 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

PEDIDO DE APOIO FINANCEIRO – Página 2

Nome do/a Empregador/a / Name of Employer	_____	Cônjuge do/a Empregador/a / Spouse's Employer:	_____
Telefone n.º / Telephone #	_____	Telefone n.º / Telephone #	_____
Morada do/a Empregador/a / Employer Address	_____	Morada do/a Empregador/a / Employer Address	_____
Cargo / Occupation	_____	Cargo / Occupation	_____

Tem atualmente algum pedido pendente de benefícios da Medicaid? / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	_____	Sim / Yes	_____	Não / No
Requereu apoio através do seu hospital municipal/programa para indigentes? / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	_____	Sim / Yes	_____	Não / No
O seu médico está a prestar serviço voluntário? / Is your physician donating his/her services?	_____	Sim / Yes	_____	Não / No
Existem terceiros potencialmente responsáveis pelo seu acidente/ferimentos/doença? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	_____	Sim / Yes	_____	Não / No
Alguém está a ajudá-lo/a a pagar as suas despesas médicas da Texas Health? / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?	_____	Sim / Yes	_____	Não / No
Quem o/a está a ajudar? / Who is assisting you?	_____			
Quanta ajuda está a receber? / How much assistance are you receiving?	_____			

Enumere outras informações que possam ajudar-nos a determinar a sua elegibilidade para apoio no pagamento das despesas médicas da Texas Health /
 List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

Receitas previstas e/ou fundos que irá receber durante a baixa devida à sua doença. / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness. /
 (Baixa por doença, tempo de descanso remunerado, subsídios por incapacidade de curta/longa duração. / Sick leave, paid time off, short/long term disability income). \$ _____

Período de tempo previsto em que não estará disponível para trabalhar e/ou ganhar um salário: /
 Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____

Compreendo que a Texas Health Resources poderá verificar a informação financeira contida neste pedido relacionada com a avaliação do mesmo, e autorizo a Texas Health a contactar a minha entidade patronal para confirmar a informação fornecida e pedir relatórios às agências de informações comerciais. Tenho noção de que esta informação será utilizada para determinar a minha elegibilidade para o apoio financeiro e que a falsificação de informação neste pedido pode resultar na recusa de Apoio Financeiro. Compreendo ainda que qualquer aprovação de Apoio Financeiro poderá ser total ou parcialmente revogada no caso de recuperação de terceiros ou de outra fonte.

[Responsabilidade de Terceiros apenas] Declaro ainda compreender que qualquer cuidado ao abrigo de Apoio Financeiro que receba não será interpretado como uma renúncia do hospital ao seu direito de reembolso de qualquer quantia por mim devida e que qualquer reembolso que eu receba relacionado com esta hospitalização deverá ser enviado para a Texas Health Resources.

Assinatura da pessoa que apresenta o pedido, se for o/a Paciente /
 Signature of Person Making Request, If Patient _____ Data / Date _____

Assinatura da pessoa que apresenta o pedido, se não for o/a Paciente /
 Signature of Person Making Request, If Not Patient _____ Relação / Relationship _____

Morada do/a Paciente / Cidade/ Estado / CP/ Município / Número do Telefone de Casa /
 Patient's Address City State ZIP County Home Telephone Number