

Nome:		Número de conta:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:		Número da Segurança Social (últimos 4 dígitos):

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO: Por favor, liste todos os membros do domicílio, incluindo o paciente, cônjuge e quaisquer filhos biológicos/adotivos menores de 18 anos.

Nome e sobrenome	Relação com o paciente	Idade/Data de nascimento	Renda bruta total nos 3 meses anteriores à data de início do atendimento	Renda bruta total nos 12 meses anteriores à data de início do atendimento
	Eu sou o paciente			

Se você não tem renda, como está sendo sustentado?

Você possuía plano de saúde na data do atendimento? ☐ Não ☐ Sim (Anexar cópia do cartão à solicitação)

Alguém em seu domicílio possui conta corrente e/ou poupança? ☐ Não ☐ Sim (Valor _____)

Alguém em seu domicílio possui outros bens? ☐ Não ☐ Sim (Tipo/Valor: _____)

Para **Renda/Bens** listados acima, você deve fornecer o seguinte para cada membro do domicílio:

- ☐ Emprego = holerites mostrando a renda bruta dos 3 ou 12 meses anteriores à data de início do atendimento
- ☐ Trabalho autônomo = Preencha os formulários fiscais mais recentes, incluindo o Anexo C
- ☐ Seguro Social/Aposentadoria/Invalidez = Carta de benefício mais recente
- ☐ Outros = Comprovante de qualquer outra renda (auxílio-desemprego, dividendos, juros, renda de aluguel etc.)
- ☐ Conta corrente/Poupança = Extrato dos últimos 30 dias para cada conta

Ao assinar este documento:

Afirmo que todas as respostas neste formulário são verdadeiras. Caso uma análise posterior revele que alguma informação fornecida era fraudulenta, a decisão de conceder assistência financeira poderá ser revertida e a parte responsável será cobrada. Entendo que as informações que eu enviar estão sujeitas à verificação e revisão por agências federais e/ou estaduais e outras, conforme necessário.

Assinatura do paciente: _____ **Data:** _____

Assinatura do representante autorizado: _____ **Data:** _____