

GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Portuguese  
AS ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DE FICHA DE APLICAÇÃO  
AO SERVIÇO GRATUITO DA COMUNIDADE

Ao preencher a ficha de aplicação ao serviço gratuito da Comunidade, por favor, assegure que todos os campos sejam completados nesta ficha incluindo:

- ❖ O seu Data do Nascimento
- ❖ O seu No de Segurança Social e No Fiscal dos Impostos
- ❖ Número dos dependentes (incluindo a si, sua esposa, e qualquer criança está a viver com consigo, os avós, sogros, etc, que você reclama no seu Imposto de Renda Federal)
- ❖ O Rendimento Bruto Anual da Família (incluem a renda de todos os membros da família que trabalham, e a renda recebida de todos os fontes, tal como o desemprego, TDI, etc.) Se você não está a trabalhar e não tem qualquer rendimento, por favor, declare a mesma numa carta juntamente com uma explicação de como é que as suas despesas estão pagas e quem é que lhe está a proporcionar o apoio. Se alguém lhe oferece a comida e o abrigo, por favor, envie uma carta da pessoa que descreve a situação da sua vida e o seu rendimento actual.

Por favor, forneça uma cópia dos seguintes itens despesas mensais, (Aquecimento, Aluguel, alimentação, Utilidades, etc.)

- ❖ Identificação – Qualquer um dos seguintes: uma carta de condução emitida pelo estado, o bilhete de identidade emitido pelo estado, cartão de residência para os estrangeiros, Passaporte de EUA, etc)
- ❖ Comprovativo de Residência – Notal Fiscal pago à Administração local or Pagamento ao Serviço Público (telefone, electricidade, gás or Cabo) endereçado a si e apresentando o seu endereço da morada. Caso não tenha a sua casa própria, você pode fornecer a declaração de subsistência e suporte de qualquer abrigo aplicável, a igreja ou qualquer organização civil que tem conhecimento sobre si e a sua situação actual.
- ❖ Notificação de Assistência – Médica ou Assistência – Pública em Geral – Recusamento/Aprovação
- ❖ As Cópias dos recibos de pagamento mais recentes (para dois últimos pagamento dos períodos consecutivos) de todos os membros da família que trabalham. Por favor, inclua o desemprego, TDI, Segurança Social, etc.
- ❖ A cópia de IRS do estado ou do governo federal dos últimos dois anos, ou seja qualquer outro documento que suportando o Formulário W-2(s). Se você não tem feito a declaração fiscal no último ano, portanto, você precisa de obter a verificação escrita para não-preenchimento de IRS, contactando com o número 1-800-829-1040.
- ❖ A cópia mais recente da demonstração da conta bancária de poupança/levantamento, dos últimos três meses ou a cópia da caderneta da conta bancária impressa com o saldo recente. Assegure que estes incluem o IRA, Mercado monetário, Certificado de Depósito, etc.
- ❖

Se o nome mencionado acima se aplica a si, por favor forneça a carta assinada e notariada explicando a sua situação.

Os Patient Financial Advocates (PFA) da Brown University Health estão disponíveis para assistência no preenchimento do pedido. a família do Paciente/paciente pode agendar uma consulta ou entrar para ver um advogado em qualquer local abaixo. Os pacientes também podem receber informações de assistência ligando para os PFA's no número (401-444-7850. Para perguntas dos hospitais de Massachusetts, ligue para o número do hospital abaixo.

Por favor, envie o pedido e a documentação de apoio diretamente para o Patient Financial Advocate Office nos endereços do respetivo hospital abaixo:

Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital ATTN: Patient Advocate APC Basement/HIS Dept. 593 Eddy Street Providence, RI 02903	The Miriam Hospital ATTN: Patient Advocate 164 Summit Ave Providence, RI, 020906	Newport Hospital ATTN: Patient Advocate 20 Powell Street Newport, RI, 02840
Emma Pendleton Bradley Hospital ATTN: Financial Counselors 1011 Veterans Memorial Parkway Riverside, RI 02915	Saint Anne's Hospital ATTN: Financial Counselors 795 Middle St Fall River, MA 02721 (508) 235-5029	Morton Hospital ATTN: Financial Counselors 88 Washington St Taunton, MA, 02780 (508) 508-828-7324
Gateway Healthcare 103 Bacon Street Pawtucket, RI 02860	Gateway Healthcare 1443 Hartford Avenue Johnston, RI 02919	Gateway Healthcare 4705A Old Post Road Charlestown, RI 02813

As aplicações são processadas normalmente dentro de 14 dias corridos a partir do recebimento.

Obrigado pela sua cooperação.



CANDIDATURA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO HOSPITAL E AFILIADOS DA UNIVERSIDADE DE SAÚDE BROWN

Qualquer aprovação deste pedido será temporária e deixa de ser válida 12 meses após a data de aprovação

Hospitais de saúde da Brown University e afiliados		Data:	
Paciente:		Garante/Cônjuge:	
Número de processo médico:		Número de processo médico:	
Data de nascimento:		Data de nascimento:	
Número de Segurança Social (se tiver):		Número de Segurança Social (se tiver):	
Telefone:	Telemóvel:	Telefone:	Telemóvel:
Morada:		Relação com o Paciente:	
		Morada:	
Casa própria ou arrendada?			
Ocupação e Empregador:		Ocupação e Empregador:	
Morada do Empregador:		Morada do Empregador:	
Esta consulta está relacionada com um acidente ou ferimento no trabalho? Sim Não (se sim, indique informações sobre o seguro e inclua em anexo uma explicação)			
Declara-se como pessoa dependente? Sim Não		Número de pessoas dependentes (incluindo o próprio):	
É beneficiário do programa SNAP? Sim Não Se sim, facultar carta atual		Vive num abrigo? Sim Não Se sim, facultar carta do abrigo	
Solicitou HealthSource RI? Sim Não facultar carta		Pediú Segurança Social por Deficiência? (SSDI) Sim Não (se sim, quando)	

Forneça as seguintes informações relativas a TODOS os membros do agregado familiar, EXCETO do Doente ou Garante.			
Nome e relação com o Paciente:	Número SS (se tiver):	Data de nascimento:	Número de processo médico:
Empregador, telefone e morada:	Morada:		
Nome e relação com o Paciente:	Número SS (se tiver):	Data de nascimento:	Número de processo médico:
Empregador, telefone e morada:	Morada:		
Nome e relação com o Paciente:	Número SS (se tiver):	Data de nascimento:	Número de processo médico:
Empregador, telefone e morada:	Morada:	Morada:	
Nome e relação com o Paciente:	Número SS (se tiver)	Número SS (se tiver) médico:	Data de nascimento: Número de processo médico:
Empregador, telefone e morada:	Morada:	Morada:	

RENDIMENTO MENSAL	VALOR	PATRIMÓNIO	VALOR	DESPESAS/RESPONSABILIDADES MENSAIS	VALOR
Salário e remunerações do Paciente		Poupanças		Pagamento de renda ou hipoteca	
Salário e remunerações do Cônjuge		Conta corrente		Saldo atual _____	
Salário e remunerações do Garante		Certificados de depósito (CD)		Imposto sobre Património, se não incluído no pagamento da hipoteca	
Rendimento de trabalho por conta própria		Contas no mercado monetário		Serviços públicos: Gás/Electricidade/Combustível_____	
Rendimento de assistência a crianças		Títulos de poupanças		TV cabo/Internet _____	
Rendimento de rendas		Ações da Bolsa		Telefone _____	
Subsídio de desemprego		Títulos		Pagamentos de automóvel ou leasing	
Seguro de incapacidade temporária		Fundos mutualistas		Saldo atual _____	
Apoio a descendente		IRA		Pagamentos de cartão de crédito	
Pensão de alimentos		401 (k)		Saldo atual _____	
Benefícios de veterano		403(b)		Empréstimos com prestações	
Pagamentos à Segurança Social		457		Saldo atual _____	
Rendimento de Dividendos e Juros		Valor em dinheiro do seguro de vida		Seguro automóvel	
Royalties		Propriedade pessoal		Seguro de Proprietário/Arrendatário	
Pensão		Segunda casa e propriedade para arrendamento		Despesas médicas	
Assistência pública (inclua SNAP, se o recebe)		Veículos a motor adicionais		Compras	
Outro				Outras despesas	
RENDIMENTO MENSAL:					
RENDIMENTO ANUAL:		TOTAL:		TOTAL:	

“Solicito ao hospital que avalie a minha elegibilidade para auxílio financeiro. Compreendo que estas informações são confidenciais e sujeitas a verificação pelo hospital. Compreendo também que se as informações por mim fornecidas forem falsas, pode ser-me recusado auxílio financeiro e posso ser responsável pelo pagamento dos serviços hospitalares prestados. Pelo presente, comprovo que as informações neste pedido estão completas e corretas, tanto quanto sei, e que compreendo o processo e as minhas responsabilidades.”



Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

ssinatura do Cônjuge/Garante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

APENAS PARA FINS INTERNOS

Aprovado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Recusado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do gestor: \_\_\_\_\_ Assistência médica: ☐ Sim ☐ Não

Cobertura de seguro: \_\_\_\_\_

Comentários: \_\_\_\_\_

Tamanho da família: \_\_\_\_\_ Nível FPL: \_\_\_\_\_ % de FPL: \_\_\_\_\_

DESCONTO (%): \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_