



GRACIE SQUARE HOSPITAL REQUERIMENTO DE AJUDA FINANCEIRA

Nome do(a) paciente _____ Data de nascimento _____
Sobrenome _____ Nome _____ Iniciais do meio _____
Endereço _____
Número e rua, N° apto. _____ Cidade _____ Estado _____ Código postal _____
N° telefone (____) _____ Ocupação _____ Empregador _____
Endereço comercial _____ Tel. comercial _____

Renda — Informe a renda conjunta incluindo você, cônjuge e demais pessoas do núcleo familiar de:

Tipo de renda	Total, últimos 3 meses	Total, últimos 12 meses
Salários		
Rendimentos de profissional autônomo		
Assistência pública		
Seguro Social		
Indenização por doença ou acidente de trabalho/desemprego		
Pensão alimentícia		
Pensão alimentícia/filhos		
Pensões		
Rendimentos de dividendos		
Total		

O Hospital solicita que você envie os documentos que comprovam a renda informada acima. Exemplos dessa documentação: contracheques, atestado do empregador, se for o caso, Formulário 1040 etc.

Tamanho da família — Familiares que moram em sua residência:

Nome	Idade	Parentesco

Nota: Favor anexar outra folha se precisar de mais espaço.

ESTE REQUERIMENTO PODE SER ENVIADO PARA O HOSPITAL EM QUALQUER FASE DO PROCESSO DE FATURAMENTO E COBRANÇA.

DEPOIS DE ENVIAR UM REQUERIMENTO PREENCHIDO E OS DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO PARA O ENDEREÇO DO HOSPITAL FORNECIDO ABAIXO, IGNORE AS CONTAS QUE RECEBER ATÉ QUE O HOSPITAL TENHA TOMADO UMA DECISÃO, POR ESCRITO, SOBRE O SEU REQUERIMENTO.

PARA ENVIAR ESSE REQUERIMENTO PARA AJUDA FINANCEIRA, LEIA A DECLARAÇÃO A SEGUIR E ASSINE ABAIXO NO LOCAL INDICADO.

SOLICITO QUE O GRACIE SQUARE HOSPITAL DETERMINE POR ESCRITO MINHA QUALIFICAÇÃO PARA AJUDA FINANCEIRA. COMPREENDO QUE AS INFORMAÇÕES QUE EU ENVIAR SOBRE MINHA RENDA ANUAL E O TAMANHO DA MINHA FAMÍLIA ESTÃO SUJEITAS A CONFIRMAÇÃO PELO HOSPITAL. TAMBÉM COMPREENDO QUE, SE FOR DETERMINADO QUE ALGUMA INFORMAÇÃO POR MIM ENVIADA SEJA FALSA, ESSA DETERMINAÇÃO ACARRETARÁ A RECUSA DA AJUDA FINANCEIRA E EU PODEREI SER OBRIGADO A PAGAR PELOS SERVIÇOS PRESTADOS. DECLARO, PARA TODOS OS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS. ALÉM DISSO, POR MEIO DESTES INSTRUMENTO, CONCEDO MINHA PERMISSÃO AO GRACIE SQUARE HOSPITAL PARA VERIFICAR QUAISQUER INFORMAÇÕES PERTINENTES A ESTA SOLICITAÇÃO.

Data _____ Assinatura do solicitante _____ N°. da conta _____

O requerimento preenchido deve ser enviado para:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
Ou pelo FAX: (516) 801-8504