



0332

## INSTRUÇÕES DO PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

1. Preencha **todas** as áreas do formulário de inscrição anexo. Se algum campo não se aplicar a você, escreva N/A no espaço fornecido.
2. Inclua uma página extra caso precise de mais espaço para responder a alguma pergunta.
3. Ao enviar este formulário, forneça cópias de seus comprovantes de renda. Os seguintes documentos são aceitos como comprovantes de renda:

**Se você tiver preenchido uma declaração de imposto de renda, envie uma cópia de:**

- a. Imposto de renda (formulário 1040) do ano mais recente. Você deve incluir todos os programas e anexos enviados ao Internal Revenue Service.

**Se você não tiver preenchido uma declaração de imposto de renda, forneça o seguinte:**

- a. Dois (2) holerites mais recentes; e
- b. Uma carta explicando por que você não fez sua declaração de imposto de renda.

**Se você não tiver renda nem comprovantes de renda, forneça uma carta explicando como você sustenta a si mesmo e a sua família.**

4. Seu pedido de assistência não pode ser processado até que você forneça todas as informações necessárias.
5. É importante que você preencha e envie o Pedido de assistência financeira junto com todos os anexos necessários em até **catorze (14) dias**.
6. Preencha com a data e assine o Pedido de assistência financeira. Se o paciente/responsável e cônjuge tiverem fornecido as informações, ambos devem assinar o formulário.
7. Se tiver alguma dúvida, ligue para o Patient Business Office no número (909) 651-4177, de segunda a quinta das 9h00 às 17h00, e as sextas das 9h00 às 14h00 (exceto fins de semana e feriados). Para obter ajuda aos fins de semana, feriados e em horários fora do expediente, entre em contato com qualquer Representante de registro.
8. Envie seu Pedido de assistência financeira preenchido e todos os documentos necessários para:

Loma Linda University Medical Center  
Patient Business Office  
Caixa Postal 700  
Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center

### INSTRUÇÕES DO PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Página 1 de 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

19-0332 (2-15)

## INSTRUÇÕES DO PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A finalidade deste formulário é determinar a elegibilidade do paciente/responsável para obter auxílio financeiro de acordo com a Tratamentos gratuitos/Política de pagamentos gratuitos do Loma Linda University Medical Center.

NOME DO PACIENTE/  
RESPONSÁVEL (avalista) \_\_\_\_\_

NOME DO  
CÔNJUGE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEFONE  
Residencial: \_\_\_\_\_  
Comercial: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  
Paciente/Responsável \_\_\_\_\_

Cônjuge \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO FAMILIAR (liste todos os seus dependentes)

Nome	Idade	Relacionamento

### SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Paciente/Responsável

Empregador

Paciente/Responsável \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_

Contato \_\_\_\_\_

Contato do empregador \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Empregador do cônjuge

Cargo do cônjuge \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_

Contato \_\_\_\_\_

Contato do empregador \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_



## RENDA

	Paciente/Avalista	Cônjuge
1. Salário bruto e salário/ano (antes das deduções)	\$ _____	\$ _____
2. Renda de autônomo/ano	\$ _____	\$ _____
3. Outras rendas:		
a. Juros e dividendos	\$ _____	\$ _____
b. Aluguel de imóveis e locações	\$ _____	\$ _____
c. Seguro social	\$ _____	\$ _____
d. Pensão alimentícia	\$ _____	\$ _____
e. Pensão dos filhos	\$ _____	\$ _____
f. Desemprego/deficiência	\$ _____	\$ _____
g. Auxílio público	\$ _____	\$ _____
h. Todas as outras fontes (anexar lista)	\$ _____	\$ _____
Renda total (adicionar linhas 1 - 3h acima)	\$ _____	\$ _____

## DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS

Forneça informações sobre todas as despesas extraordinárias, como contas médicas, falência, sentenças de tribunal ou liquidações de valores.

Descrição	Valor

Ao assinar abaixo, declaro/declaramos que todas as informações fornecidas são verdadeiras e corretas até onde me/nos é dado saber. Autorizamos a LLUMC a verificar todas as informações listadas neste formulário. Dou/damos permissão expressa para contatar os empregadores.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Relacionamento com o paciente      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cônjuge

\_\_\_\_\_  
Data

