

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO

Data de serviço (passada ou futura): _____

Nome completo do paciente: _____ Nº de inscrição na Previdência Social: _____

Data de nascimento: _____ Endereço físico: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Nome do empregador/empresa: _____

Endereço para correspondência: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____ Nº do prontuário: _____

Nome completo do responsável: _____ Nº de inscrição na Previdência Social: _____

Data de nascimento: _____ Endereço físico: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Nome do empregador/empresa: _____

Endereço para correspondência: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____ Relação com o paciente: _____

LISTE TODOS OS MEMBROS DA RESIDÊNCIA POR NOME CIVIL (além do paciente/responsável acima)

Nome (Sobrenome, primeiro nome) e inicial do nome do meio)	Data de nascimento	Idade	Relação com o responsável	Profissão	Nº de inscrição na Previdência Social	Renda anual bruta

DESPESAS MENSAIS

Saúde, incluindo seguro de saúde e medicamentos mensais	
Moradia e serviços públicos, incluindo aluguel, celular, telefone, cabo/televisão, internet, luz, gás, água, impostos sobre propriedade e/ou hipoteca	
Transporte, incluindo parcelas de automóvel, seguro de automóvel e/ou locomoção mensal	
Outras despesas, incluindo creche, pensão alimentícia infantil, estudos e/ou pensão alimentícia para cônjuge	

FONTE DA RENDA DOMÉSTICA

OUTRAS PERGUNTAS

SIM/NÃO

Renda de emprego	
Previdência Social	
Deficiência	
Seguro desemprego	
Pensão para esposa/filhos	
Renda de investimentos	

1. O paciente tem seguro de saúde?	
2. O paciente tem Georgia Medicaid?	
3. O paciente está recebendo tratamento de ferimentos cobertos por seguro contra acidentes de trabalho?	
4. O paciente está recebendo tratamento de	

SE VOCE NAO TEM UMA RENDA MENSAL, EXPLIQUE COMO PAGA SUAS DESPESAS MENSAIS

DECLARAÇÃO

Certifico que as informações que forneci são verdadeiras e precisas segundo os meus conhecimentos. Compreendo que as informações que eu enviar estão sujeitas a verificação, incluindo classificação por agências de crédito, e sujeitas a avaliação por agências federais e/ou estaduais e outras conforme necessário. Autorizo meu empregador a divulgar comprovação de minha renda à Piedmont Healthcare. Compreendo que, caso alguma informação fornecida por mim se mostre falsa, a Piedmont Healthcare reavaliará meu status financeiro e tomará as medidas cabíveis.

Assinatura do candidato: _____ Data: _____

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO SÃO NECESSÁRIOS PARA PROCESSAR SUA INSCRIÇÃO. CONSULTE A PÁGINA 3 DESTA INSCRIÇÃO PARA VER EXEMPLOS DOS MATERIAIS DE COMPROVAÇÃO NECESSÁRIOS.

- Documento com foto – carteira de motorista emitida pelo estado, identidade do estado, passaporte, ou qualquer identificação consular ou escolar com foto.
- Visto ou Residence Alien Card (se aplicável)
- Comprovante de residência – de um a três dos seguintes, mostrando seu endereço atual, são necessários para comprovar residência:
 - De uma a três contas de serviços públicos como luz, gás, água ou telefone
 - Contrato de arrendamento
 - Recibo de aluguel mostrando o endereço atual
 - Carta de vale-alimentação
 - Título de eleitor
 - Outros documentos que comprovam residência, como: declarações de cartão de crédito, IRS, cartas da Medicaid, cartas de instituições de ensino, conta da TV por assinatura, contas de telefonia móvel, declarações bancárias, declarações de hipoteca, canhotos de cheques mostrando seu endereço, etc.
 - OBSERVAÇÃO: Uma caixa postal não comprova residência.
- Comprovante de renda – um dos seguintes é obrigatório:
 - Três canhotos de contracheques atuais (paciente e parceiro)
 - Declaração de desemprego, Department of Labor Wage Inquiry (WG-15)
 - Cópias de declarações bancárias recentes de três meses caso esteja vivendo de poupanças
 - Uma carta do empregador em papel timbrado da empresa confirmando a data de início, estar atualmente empregado, declarando o valor pago por hora, o montante total pago por cada período de pagamento e a frequência de pagamento
 - Qualquer carta de decisão indicando que o paciente está recebendo auxílio-desemprego, Medicaid, por necessidade especial do Social Security, Assistência Geral, etc.
 - Carta de vale-alimentação e canhotos de contracheques
 - Verificação de condição de sem-teto ou uma carta de um abrigo em papel timbrado da empresa
 - Outros documentos mostrando como o paciente está sendo sustentado.
- Comprovante de número de dependentes – um dos seguintes é obrigatório:
 - Declaração do imposto de renda assinada do ano anterior (mais recente)
 - Qualquer carta de decisão indicando que o paciente tem responsabilidade legal pela criança, como documentos de ordens de guarda ou documentos de custódia
 - Certidão de nascimento para cada filho de 18 anos de idade ou menos