

PREENCHA PARA SE CANDIDATAR A UM DOS NOSSOS PROGRAMAS
SERÁ NECESSÁRIA DOCUMENTAÇÃO DE RENDA FAMILIAR PARA SE QUALIFICAR

Nomes legais dos membros da Renda Familiar	Relação com o paciente	Data de Nascimento	Idade	Renda Bruta (Anual/Mensal/Quinzenal/Semanal) SOMENTE para uso interno
Nome legal do paciente:	Próprio			
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Número total na família:	A. Renda Bruta total:			\$

Fontes de Renda	Sim	Não	Evidência	Quantidade (Semanal/Quinzenal/Mensal/Anual)	Total Somente para uso interno
Pensão alimentícia					
Pensão para filhos					
Rendimento de Segurança Suplementar (SSI)					
AFDC (Auxílio A2 Famílias com filhos dependentes)					
Benefícios por deficiência					
Pensão					
Aposentadoria					
Assistência (SNAP, Cupom-alimentação, etc.)					
Desemprego					
Segundo Trabalho de meio período					
Outra Renda					
B. Renda Total					\$
Renda Familiar Total Anual de todas as fontes (A+B)					\$
Formulário do Imposto de Renda					\$
Agendamento Individual					\$

Certifico que, tanto quanto sei, as informações acima fornecidas nesse formulário sobre minhas condições de vida são verdadeiras, precisas e completas, e que não possuo outra(s) renda(s) além da(s) listada(s) acima. Prometo noticiar o Centro Médico Little River, Inc. assim que houver quaisquer alterações em minha renda, por e-mail ou telefone.

Notificarei também o escritório do Centro Médico Little River, Inc. caso eu obtenha ou tenha alterações em meu Medicaid, seguro Medicare ou seguro pessoal.

Autorizo a liberação de minhas informações de elegibilidade e saúde a fabricantes farmacêuticos, ou seus representantes, para fins de auditoria do Programa Institucional de Assistência ao Paciente (IPAP) caso eu receba produtos farmacêuticos elegíveis através de um dos estabelecimentos farmacêuticos do Centro Médico Little River, Inc.

AUTO-PAGAMENTO, PERCENTAGEM DE CO-SEGURO OU CO-PAGAMENTO DEVEM SER PAGOS NA TOTALIDADE NO MOMENTO DO SERVIÇO

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

Somente para uso entre escritórios (Inner Office Use Only): _____ EIS – Early Intervention Services _____ TFP – Teen Family Planning
 # In Family: _____ Total calculated annual family income: \$ _____
 Approved SF: _____ Effective dates approved from _____ Expires _____

Witness (LRMC Staff): _____ Date: _____ Patient Account Number: _____