

# UNIDADE CENTRAL DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA– NBHD

Num\_Paciente \_\_\_\_\_

## CANDIDATURA PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

E

## DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS

Venho por este meio me candidatar a assistência financeira para serviços prestados por uma entidade de North Broward Hospital District (NBHD).

Certifico o seguinte: (marque todas as que se aplicam)

1.  Rendimento do agregado familiar recebido nos 12 meses antes da data do serviço não excedeu \$gross\_inc.  
O montante do rendimento acima pode ser verificado? Por favor marque uma opção:  SIM  NÃO
2.  O agregado familiar não está atualmente recebendo qualquer rendimento mensal regular, nem recebemos rendimento nos 12 meses anteriores à data do serviço, seja da Segurança Social, Medicaid, de uma pensão, de Compensação por Desemprego ou de qualquer outra fonte.

EU/Nós por este meio nos candidatamos a apoio financeiro para serviços prestados por uma entidade de North Broward Hospital District (NBHD) e certificamos que a informação fornecida por mim e contida neste documento é verdadeira, precisa e correta, de acordo com o meu melhor conhecimento. **Autorizo o NBHD e seus mandatários a pedirem um relatório de crédito do consumidor e a verificar outra informação de crédito. Eu/Nós damos consentimento ao NBHD para verificar todas as declarações contidas em esta candidatura. Eu/Nós autorizamos a Broward Health a divulgar minhas/nossas informações médicas e financeiras a parceiros comerciais de Broward Health para propósitos de auditoria**

Caso o abaixo-assinado, o paciente ou qualquer outra pessoa em nome do paciente tenha direito a receber benefícios de seguro ou resultantes de algum acordo devido aos serviços prestados ao paciente por qualquer entidade de NBHD, tais benefícios de seguro ou montantes resultantes de qualquer acordo são por este meio atribuídos ao NBHD para aplicação na conta hospitalar do referido paciente. Os benefícios do seguro e os rendimentos resultantes de acordos terão precedência em relação ao montante da assistência financeira ajustada. Fica também acordado que o NBHD ou qualquer das suas entidades poderá emitir um recibo para tal companhia de seguro por qualquer pagamento, libertando dessa forma a referida companhia de seguros de qualquer obrigação de acordo com a política de seguros, no que diz respeito ao pagamento. O abaixo-assinado e o paciente continuam, no entanto, responsáveis pelas custas hospitalares não abrangidas por esta ação caso esta candidatura para cuidados indigentes seja recusada.

Eu/Nós também declaramos compreender que qualquer alteração nos rendimentos, no tamanho da família, no estado de seguro ou de residência deverá ser divulgada ao NBHD. O NBHD reserva o direito de reavaliar esta candidatura para cuidados indigentes caso fique disponível informação adicional incluindo, mas não se limitando, a alterações nos rendimentos, no tamanho da família ou de endereço. E/Nós sabemos que qualquer pessoa que cometa ou que leve a cometer falsas declarações está cometendo um crime punível por lei e poderá ser multada ou colocada na prisão por fraude e/ou perjúrio (Estatutos da Flórida 837.012 775.082, 817.50). Eu/Nós também concordamos a nos candidatar para todos os programas de seguro disponíveis com financiamento local, estatal ou federal para os quais possamos estar habilitados e entendemos que se não o fizermos resultará na recusa da candidatura.

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO AVALISTA: \_\_\_\_\_

(Caso não seja paciente)

(Favor imprimir)

\_\_\_\_\_  
(Relação com o paciente)

TESTEMUNHADO POR: \_\_\_\_\_

(Representante NBHD)

\_\_\_\_\_  
(Segunda Testemunha)