

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Johns Hopkins Medicina Candidatura  
para Apoio Financeiro**

**Por favor preencha os formulários anexos e entregue-os juntamente com a documentação indicada abaixo.**

**Formulários a incluir:**

Formulário Uniformizado de Candidatura a Apoio Financeiro do Estado de Maryland (anexa)

**Documentação a incluir:**

1. Cópia da declaração de rendimentos do ano anterior. (Pessoas casadas que entregaram as declarações em separado devem incluir uma cópia de cada declaração).
2. Cópias dos últimos três (3) recibos de vencimento, uma carta da entidade empregadora ou prova de estatuto de desempregado.
  1. Cópia da carta de atribuição da Segurança Social (quando aplicável)
  2. Cópia da carta de decisão relativo a Apoio Clínico ou Segurança Social.
3. Prova das despesas mensais de subsistência conforme informado no formulário de candidatura, tais como cópias de faturas de comunicações, faturas de gás e energia, ou pagamento de rendas ou empréstimos hipotecários.
4. Cópias de despesas médicas em dívida.
5. Cópia de todos os cartões de seguro de saúde.
6. Prova de residência, tal como o bilhete de identidade, carta de condução, certidão de nascimento ou estatuto de residência permanente legal (“green card”).

**ENVIE A INFORMAÇÃO PARA: JOHNS  
HOPKINS RCM  
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100  
ATT: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON  
BALTIMORE, MD 21211**



## Formulário Uniformizado de Candidatura a Apoio Financeiro do Estado de Maryland

### *Informações a Seu Respeito*

Nome: \_\_\_\_\_  
Próprio
Segundo
Apelido

Número da Segurança Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a)

Cidadão dos EUA    SIM    NÃO    Residente Permanente    SIM    NÃO

Morada Residencial: \_\_\_\_\_    Telefone \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Cidade    Estado    Código Postal    País

Nome da Entidade Empregadora: \_\_\_\_\_    Telefone \_\_\_\_\_  
 Morada Profissional: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Cidade    Estado    Código Postal

### Membros do Agregado Familiar:

|            |             | <b>O PRÓPRIO</b> |
|------------|-------------|------------------|
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |
| Nome _____ | Idade _____ | Parentesco _____ |

Já se candidatou a Apoio Medico    SIM    NÃO  
 Em caso afirmativo, em que data se candidatou? \_\_\_\_\_  
 Em caso afirmativo, qual foi a decisão? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de apoio do estado ou do condado?    SIM    NÃO

### *I. Rendimento Familiar*

Enumere os seus rendimentos mensais e as respectivas fontes. Pode ser necessário fornecer provas do rendimento, bens e despesas. Se não auferir qualquer rendimento, deverá fornecer uma carta escrita por quem lhe proporciona alojamento e alimento.

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
|                                     | Valor Mensal |
| Emprego                             | _____        |
| Prestações de Reforma/Pensões       | _____        |
| Prestações da Segurança Social      | _____        |
| Apoios Governamentais               | _____        |
| Prestações por Invalidez            | _____        |
| Subsídio de Desemprego              | _____        |
| Benefícios para Veteranos de Guerra | _____        |
| Pensão de alimentos do ex-cônjuge   | _____        |
| Rendas Recebidas                    | _____        |
| Benefícios Grevistas                | _____        |
| Prestações Militares                | _____        |
| Emprego Agrícola ou Independente    | _____        |
| Outras Fontes de Rendimento         | _____        |
| Total                               | _____        |

|  |             |
|--|-------------|
| <i>II. Bens Líquidos</i>                     | Saldo Atual |
| Conta Corrente                               | _____       |
| Conta Poupança                               | _____       |
| Ações, Obrigações, CDB, ou Mercado Monetário | _____       |
| Outras Contas                                | _____       |
| Total  | _____       |

### III. Outros Bens

Se possuir algum dos seguintes itens, enumere o tipo e estimativa do seu valor.

|                   |                     |       |                |       |
|-------------------|---------------------|-------|----------------|-------|
| Casa              | Saldo do Empréstimo | _____ | Valor Estimado | _____ |
| Viatura           | Marca               | _____ | Ano            | _____ |
|                   |                     | _____ |                | _____ |
| Viatura Adicional | Marca               | _____ | Ano            | _____ |
|                   |                     | _____ |                | _____ |
| Viatura Adicional | Marca               | _____ | Ano            | _____ |
|                   |                     | _____ |                | _____ |
| Outro Património  |                     |       | Valor Estimado | _____ |
|                   |                     |       | Total          | _____ |

### IV. Despesas Mensais

|   |            |
|---|------------|
|   | Valor      |
| Renda ou Empréstimo Hipotecário                                   | _____      |
| Serviços  | _____      |
| Prestação(ões) automóvel  | _____      |
| Cartão(ões) de crédito  | _____      |
| Seguro Automóvel  | _____      |
| Seguro de Saúde   | _____      |
| Outras Despesas Médicas   | _____      |
| Outras Despesas   | _____      |
| Tem mais alguma dívida médica?                                    | SIM    NÃO |
| Relativa a que serviço?   | _____      |
| Negociou um plano de pagamento? Qual o valor da prestação mensal? | _____      |

### Para Elegibilidade para Apoio Médico para Insuficiência

#### Económica:

Rendimento Familiar dos doze (12) meses calendário que antecedem a data desta candidatura: \_\_\_\_\_

Dívida Médica incorrida no Johns Hopkins (excluindo co-seguro, co-pagamentos, ou franquias) nos doze (12) meses calendário que antecedem a data desta candidatura:

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Data do Serviço | Valor em dívida |
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |

### Presunção de Elegibilidade para Apoio Financeiro:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Qual a idade do(a) doente?  |            |
| 2. A doente está grávida?  | Sim ou Não |
| 3. O(A) doente tem filhos com menos de 21 anos que habitam na residência?  | Sim ou Não |
| 4. O(A) doente é cego ou potencialmente deficiente durante 12 meses ou mais enquanto empregado?  | Sim ou Não |
| 5. O(A) doente está a receber prestações de SSI (Subsídio Suplementar) ou SSDI (Subsídio por Incapacidade)?  | Sim ou Não |
| 6. O(A) doente (e parceiro, caso seja casado(a)) possui contas bancárias ou bens convertíveis em dinheiro totais que excedam os seguintes valores? | Sim ou Não |

**Tamanho do Agregado**

**Familiar:**

Individual: USD 2,500.00  
 Duas pessoas: USD 3,000.00

Para cada membro da família adicional, some USD 100,00  
 (Exemplo: No caso de uma família de quatro, se possuir bens líquidos que não excedam USD 3,200.00, responderia, SIM.)

- |  |            |
|--|------------|
| 7. O(A) doente reside no Estado de Maryland?<br>Em caso negativo, em que estado reside o(a) doente?  | Sim ou Não |
| 8. O(A) doente é sem abrigo?   | Sim ou Não |
| 9. O(A) doente está inscrito(a) no programa WIC (Mulheres, Bebés e Crianças)?  | Sim ou Não |
| 10. O agregado familiar inclui crianças abrangidas pelo programa de almoços gratuitos ou com custo reduzido?   | Sim ou Não |
| 11. O agregado familiar está inscrito em programas de apoio energético a famílias de baixo rendimento?   | Sim ou Não |
| 12. O(A) doente recebe SNAP (Programa de Apoio a Nutrição Suplementar)/Senhas de Alimentação?  | Sim ou Não |
| 13. O(A) doente está inscrito(a) no Healthy Howard, Chase Brexton?   | Sim ou Não |
| 14. O(A) doente foi referido para o SH por Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, or Projecto Salud? | Sim ou Não |
| 15. O(A) doente tem atualmente:<br>Apoio Clínico Farmácia Exclusivamente<br>QMB (Beneficiário Medicare Qualificado)/SMLB (Beneficiário Medicare com Baixos Rendimentos)          | Sim ou Não |
| 16. O(A) doente é empregado?<br>Em caso negativo, data em que ficou desempregado.<br>Elegível para cobertura pelo seguro de saúde COBRA?   | Sim ou Não |

Toda a documentação fornecida passa a integrar esta candidatura.

Caso solicite que lhe seja concedido apoio financeiro adicional, O JHM poderá necessitar de informação adicional para verificações suplementares. Ao assinar este formulário, confirma que a informação nele contida é verdadeira e compromete-se a informar o JHM de quaisquer alterações no prazo de dez dias a contar destas. Tanto quanto é do meu conhecimento, toda a informação fornecida com a candidatura é verdadeira.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parentesco Familiar