

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**

	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	_____	Valor Estimado	_____
Viatura Adicional	Marca	_____	Ano	_____	Valor Estimado	_____
Viatura Adicional	Marca	_____	Ano	_____	Valor Estimado	_____
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?
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:
Apoio Clínico Farmácia Exclusivamente
QMB (Beneficiário Medicare Qualificado)/SMLB (Beneficiário Medicare com Baixos Rendimentos) | Sim ou Não |
| 16. O(A) doente é empregado?
Em caso negativo, data em que ficou desempregado. | Sim ou Não |
| 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