

**NEWYORK – PRESBYTERIAN HOSPITAL [Hospital Presbiteriano de Nova York]
REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO DE CARIDADE**

Nome do paciente _____ Data de nascimento _____
Sobrenome Nome Inicial do meio

Endereço _____
Número e rua, apto. Cidade Estado CEP

No. telefone (____) _____ Ocupação _____ Empregador _____

Endereço do trabalho _____ Tel. do empregador _____

Renda – Informe a origem da renda conjunta relativa a você, cônjuge e demais pessoas da casa:

Tipo de renda	Total, últimos 3 meses	Total, últimos 12 meses
Salários		
Rendimentos de profissional autônomo		
Assistência pública		
Seguro Social		
Seguro Desemprego/Seguro contra acidentes de trabalho		
Pensão alimentícia		
Pensão alimentícia/filhos		
Pensões		
Rendimentos de dividendos		
Total		

O Hospital solicita que você apresente os documentos que comprovem a renda informada acima. Exemplos dessa documentação: contracheques, atestado do empregador, se for o caso, Formulário 1040, etc.

Tamanho da família - Membros da família que moram na casa:

Nome	Idade	Parentesco

Nota: anexe outra folha se precisar de mais espaço.

ESTE REQUERIMENTO PODE SER APRESENTADO AO HOSPITAL A QUALQUER MOMENTO DURANTE O PROCESSO DE FATURAMENTO E COBRANÇA.

UMA VEZ APRESENTADO AO HOSPITAL O REQUERIMENTO COMPLETO E OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS, NO ENDEREÇO FORNECIDO ABAIXO, IGNORE AS CONTAS QUE RECEBER ATÉ QUE O HOSPITAL TENHA TOMADO UMA DECISÃO, POR ESCRITO, SOBRE O SEU REQUERIMENTO.

PARA APRESENTAR ESTE REQUERIMENTO PARA O ATENDIMENTO DE CARIDADE, POR FAVOR LEIA A DECLARAÇÃO A SEGUIR E ASSINE ONDE ESTÁ INDICADO.

SOLICITO, PELO PRESENTE, QUE O NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL [Hospital Presbiteriano de Nova York] APRESENTE, POR ESCRITO, UMA DECLARAÇÃO SOBRE A MINHA QUALIFICAÇÃO PARA RECEBER O ATENDIMENTO DE CARIDADE. EU ENTENDO QUE AS INFORMAÇÕES QUE EU APRESENTAR SOBRE MINHA RENDA ANUAL E O TAMANHO DA MINHA FAMÍLIA ESTARÃO SUJEITAS A VERIFICAÇÃO PELO HOSPITAL. ENTENDO TAMBÉM QUE, SE FOR DETERMINADO QUE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS FOREM FALSAS, ESSA DETERMINAÇÃO ACARRETEARÁ NA RECUSA DO ATENDIMENTO DE CARIDADE E EU PODEREI SER OBRIGADO A PAGAR PELOS SERVIÇOS PRESTADOS. DECLARO, PARA TODOS OS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS. DECLARO AINDA QUE AUTORIZO PELO PRESENTE QUE O NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL [Hospital Presbiteriano de Nova York] VERIFIQUE AS INFORMAÇÕES PERTINENTES A ESTE REQUERIMENTO.

Data _____ Assinatura do candidato _____ No. da conta _____

O requerimento preenchido deve ser enviado para:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577-2050
Att.: Jerome Fields
Ou pelo FAX: (516) 801-8504