



ORLANDO HEALTH®

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856
FinancialAssistance@orlandohealth.com
Phone: (321) 843-8955 Fax: (321) 843-1532

DECLARAÇÃO FINANCEIRA DO FIADOR (GUARANTOR FINANCIAL STATEMENT)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Visando atender às necessidades de cuidados de saúde da comunidade, é disponibilizada uma assistência financeira para os pacientes / fiadores (pessoa financeiramente responsável) cujos recursos são limitados ou que não tem recursos para pagar por serviços emergenciais ou medicamento necessários prestados pela Orlando Health. A Declaração Financeira do Garantidor é usada para avaliar a elegibilidade de um paciente / fiador para a assistência financeira prestada pela Orlando Health. A Declaração Financeira do Fiador preenchida recebida pelo Departamento de Aprovação Financeira' (Financial Clearance Department) será analisada para determinar se você é elegível para a assistência financeira. Esta submissão serve apenas para as despesas com o hospital e com os médicos do hospital e não se estende para outros serviços prestados pela Orlando Health que você venha a receber relacionados a sua saúde. **É importante que esta Declaração Financeira do Fiador seja totalmente preenchida.** Este formulário é válido para a consideração para assistência financeira por cuidados recebidos doze meses antes e doze meses depois da data da sua assinatura neste formulário.

Mediante solicitação, você é responsável por fornecer informações oportunas sobre os seus benefícios de saúde, renda, ativos e outros papéis que nos ajudarão a determinar se você é qualificado. Papéis podem incluir extratos bancários, declarações do imposto de renda, canchotos de cheques ou outros documentos.

Nome do paciente: _____

Relacionamento do Paciente com o Fiador: _____

INFORMAÇÃO DO FIADOR

Fiador: _____ Data de nascimento: _____

SSN/TIN: _____ Autônomo: Sim ____ Não ____

Deficiente: Sim ____ Não ____ Estado Civil: M ____ S ____ D ____ W ____ Sem teto: Sim ____ Não ____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Email: _____

Todos os campos são obrigatórios

Você é cidadão norte-americano ou uma pessoa legalmente autorizada?*: Sim ____ Não ____

* A assistência financeira só pode ser oferecida para cidadãos norte-americanos com um Número de Seguro Social válido ou para uma pessoa legalmente autorizada fora do seu país de residência com um Número de Identificação Fiscal (NIF) emitido pelo governo.

1. Nos últimos 12 meses, você submeteu documentação para: *(circule todas as opções aplicáveis)*

Medicaid	Seguro Social por Deficiência	Assistência Médica da Cidade	Indenização de Trabalhador	Mercado de Intercâmbio de Saúde	OUTROS	NENHUM
----------	-------------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------------	--------	--------

2. INFORMAÇÕES FAMILIARES Famílias contemplam maridos/esposas, pais de menores, menores e/ou irmãos menores de 21 anos morando juntos.

Todos os campos são obrigatórios

Membro Familiar	Relacionamento com o fiador	Data de Nascimento	Situação de Preenchimento de Impostos (escolha Individual, Conjunta, Não Preenche)

Total de familiares: _____

**ORLANDO HEALTH®**

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856
 FinancialAssistance@orlandohealth.com
 Phone: (321) 843-8955 Fax: (321) 843-1532

**DECLARAÇÃO FINANCEIRA DO FIADOR
(GUARANTOR FINANCIAL STATEMENT)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

3. RENDA FAMILIAR Preencha com a sua renda, a do seu marido/esposa e de todos os outros membros da família (se aplicável)

Todos os campos são obrigatórios

Fonte da Renda	Atual Renda Bruta Mensal (fiador)*	Atual Renda Bruta Mensal (marido/esposa/outros)*	Renda Familiar Total*
Salário/Autônomo / Pensão Alimentícia			
Seguro Social, Pensão, Dividendos, Juros, Renda de Aluguel			
Desempregado, Indenização do Trabalhador			

Renda Familiar Total Geral: _____

***Se você relatou renda de \$0, forneça uma breve descrição de quais as suas necessidades básicas você está atendendo**

CERTIFICADO DE RENDA

Eu certifico que todas as informações declaradas acima são corretas e verdadeiras e reconheço que o fornecimento de informações falsas neste formulário pode invalidar a assistência financeira que eu pretendo receber. De acordo com a Lei da Flórida 817.50, o fornecimento de informações falsas para fraudar um hospital visando obter bens ou serviços é uma contra-venção penal de segundo grau e eu certifico que as informações acima são precisas. A Orlando Health reserva-se o direito de modificar a decisão tomada devido às informações contidas neste formulário e a subsequente recuperação de fundos.

Assinatura da testemunha: _____ Date/Data: _____ Time/Hora: _____

Nome impresso da testemunha: _____

Assinatura do fiador: _____ Date/Data: _____ Time/Hora: _____

Nome impresso do fiador: _____

Todos os campos neste documento devem ser preenchidos para a análise da sua submissão****NÃO FAZ PARTE DO PRONTUÁRIO LEGAL****

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)		
QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____