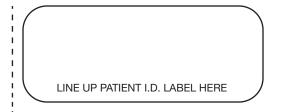




#### ORLANDO HEALTH

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)



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 medicamente 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 extende para outro 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, canhotos de cheques ou outros documentos.

declarações do	imposto d	e rend	a, canhotos de chec	ques	ou outr	os docu	mentos.			
Nome do paci	ente:									
Relacionamen	to do Paci	ente c	om o Fiador:							
			INFOR	MA	ÇÃO I	DO FIA	DOR			
Fiador: Data de nascimento:										
SSN/TIN:						Autônom	o: Sim _	Não		
Deficiente: Sim Não Estado Civil: M S					D_	w	_ Sem teto:	Sim _	Não	
Endereço:										
Cidade:						Estad	o:		CEP:	
Telefone residencial:					Celula	nr:				
Email:										
								Todos	s os campos s	ão obrigatórios
ou para uma pe emitido pelo go	essoa legalr overno.	mente	e ser oferecida para autorizada fora do s ocê submeteu docu	eu p	aís de i	residênc	ia com um Núr	mero de lo	lentificação I	
Medicaid	Seguro So por Defició		Assistência Médica da Cidade	a Ir	ndeniza Trabalh	,	Mercado Intercâmbio o		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 obrigat  Membro Familiar  Relacionamento com o fiador  Data de Nascimento Impostos (escolha Individual Conjunta, Não Preenche)						ão obrigatórios himento de Individual,				
Total de familia	roc:							Conj	unta, Nao Pl	еепспе)



### 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)

(oo apiioavoi)		To	odos 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 Tot	al Geral:	
atendendo	r de 50, forneça uma breve de	scrição de quais as suasnecess	dadesbasicas voce esta
ormações falsas neste form lórida 817.50, o fornecimer enção penal de segundo g	formações declaradas acima sã nulário pode invalidar a assistên nto de informações falsas para fi rau e eu certifico que as informa	o corretas e verdadeiras e reconhe icia financeira que eu pretendo rec raudar um hospital visando obter b ações acima são precisas. A Orlan tidas neste formulário e a subsequ	eber. De acordo com a Lei da ens ou serviços é uma contra- do Health reserva-se o direito
ssinatura da testemunha: _		Date/Data:	Time/Hora:
lome impresso da testemu	nha:		
ssinatura do fiador:		Date/Data:	Time/Hora:
lome 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.:								
☐ Video remote ☐ Tel ☐ In-person Language:	Language:	Other:						