



Lifespan

GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Portuguese
AS ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DE FICHA DE APLICAÇÃO
AO SERVIÇO GRATUITO DA COMUNIDADE

Ao preencher a ficha de aplicação ao serviço gratuito da Comunidade, por favor, assegure que todos os campos sejam completados nesta ficha incluindo:

- ❖ O seu Data do Nascimento
- ❖ O seu No de Segurança Social e No Fiscal dos Impostos
- ❖ Número dos dependentes (incluindo a si, sua esposa, e qualquer criança está a viver com consigo, os avós, sogros, etc, que você reclama no seu Imposto de Renda Federal)
- ❖ O Rendimento Bruto Anual da Família (incluem a renda de todos os membros da família que trabalham, e a renda recebida de todos os fontes, tal como o desemprego, TDI, etc.) Se você não está a trabalhar e não tem qualquer rendimento, por favor, declare a mesma numa carta juntamente com uma explicação de como é que as suas despesas estão pagas e quem é que lhe está a proporcionar o apoio. Se alguém lhe oferece a comida e o abrigo, por favor, envie uma carta da pessoa que descreve a situação da sua vida e o seu rendimento actual.

Por favor, forneça uma cópia dos seguintes itens que se aplicam:

- ❖ Identificação – Qualquer um dos seguintes: uma carta de condução emitida pelo estado, o bilhete de identidade emitido pelo estado, cartão de residência para os estrangeiros, Passaporte de EUA, etc)
- ❖ Comprovativo de Residência – Notal Fiscal pago à Administração local or Pagamento ao Serviço Público (telefone, electricidade, gás or Cabo) endereçado a si e apresentando o seu endereço da morada. Caso não tenha a sua casa própria, você pode fornecer a declaração de subsistência e suporte de qualquer abrigo aplicável, a igreja ou qualquer organização civil que tem conhecimento sobre si e a sua situação actual.
- ❖ Notificação de Assistência – Médica ou Assistência – Pública em Geral – Recusamento/Aprovação
- ❖ As Cópias dos recibos de pagamento mais recentes (para dois últimos pagamento dos períodos consecutivos) de todos os membros da família que trabalham. Por favor, inclua o desemprego, TDI, Segurança Social, etc.
- ❖ A cópia de IRS do estado ou do governo federal dos últimos dois anos, ou seja qualquer outro documento que suportando o Formulário W-2(s). Se você não tem feito a declaração fiscal no último ano, portanto, você precisa de obter a verificação escrita para não-preenchimento de IRS, contactando com o número 1-800-829-1040.
- ❖ A cópia mais recente da demonstração da conta bancária de poupança/levantamento, ou a cópia da caderneta da conta bancária impressa com o saldo recente. Assegure que estes incluem o IRA, Mercado monetário, Certificado de Depósito, etc.

Se o nome mencionado acima se aplica a si, por favor forneça a carta assinada explicando a sua situação.

Por favor encamine a ficha de aplicação, junto com os documentos relacionados, diretamente ao escritório de Advogado Financeiro para os Pacientes, direcionada para o endereço respectivo do hospital mencionado abaixo:

Rhode Island Hospital
Hasbro Children's Hospital
593 Eddy Street
Providence, R.I. 02903
Attn: Patient Advocate
(Advogado para os Pacientes)
Main Admitting

The Miriam Hospital
164 Summit Avenue
Providence, R.I. 02906
Attn: Patient Advocate
(Advogado para os Pacientes)

Newport Hospital
11 Friendship Street
Newport, R.I. 02840
Attn: Patient Advocate
(Advogado para os Pacientes)

Emma Pendleton Bradley Hospital
1011 Veterans Memorial Parkway
Riverside, R.I. 02915

As aplicações são processadas normalmente dentro de 14 dias corridos a partir do recebimento.

Obrigado pela sua cooperação.

LIFESPAN'S APPLICATION FOR HOSPITAL FINANCIAL-AID — Portuguese
APLICAÇÃO DE LIFESPAN PARA O APOIO-FINANCEIRO NO HOSPITAL

Qualquer aprovação deste pedido é temporária e vencida nos 12 meses corridos a partir da data da aprovação

Hospital:	Data:
Nome do Paciente:	Fiador:
Data do Nascimento:	No de Segurança Social #(Se fosse emitido)
No de Segurança Social #(Se fosse emitido)	No de Telefone da Casa:
No de Telefone da Casa:	No de Telefone no Escritório:
No de Telefone do Escritório:	Sua Relação com o Paciente:
Endereço da Casa: Casa Própria/Alugada:	Endereço da Casa: Casa Própria/Alugada:
Profissão & Empregador:	Profissão & Empregador:
Endereço do Empregador:	Endereço do Empregador:
Tipo de Identificação & #:	Tipo de Identificação & #:
Se a visita está relacionada com um ferimento no trabalho ou Acidente? Sim ou Não - Se for sim, por favor, forneça as informações de Seguros. <i>(Se for sim, por favor, anexar a explicação)</i>	
Você está sendo reivindicado como um dependente? Sim ou Não	
Número dos Dependentes (incluindo a si próprio):	
Você recebe o copão de comida Sim/Não Se for sim, por favor, forneça a carta actual.	
No momento, você está a viver no abrigo Sim/Não Se for sim, por favor, forneça a carta emitda do abrigo.	
Você tem candidatado para a GPA/Assistência Médica Sim ou Não Se for sim, quando é que se candidatou:	
Você candidatou-se à Segurança Social de Deficiência? (SSDI) Sim/Não Se for sim, quando é que se candidatou:	
Você tem os filhos menores? Sim/Não Se for sim, você mora com eles? Sim/Não	
<i>Por favor, forneça as informações abaixo para TODOS os membros da unidade de família (se você não está listado no Formulário de Imposto Fedral).</i>	
Nome e a sua Relação com o Paciente:	Segurança Social# (Se fosse emitido) e Data do Nascimento:
Empregador, Telefone & Endereço:	Endereço da Casa:
Nome e a sua Relação com o Paciente:	Segurança Social# (Se fosse emitido) e Data do Nascimento:
Empregador, Telefone & Endereço:	Endereço da Casa:
Rendimento Mensal	Activos
Salário & compensação do Paciente:	Poupanças:
Salário & compensação do(a) Espos(o)a:	Levantamento:
Salário & compensação do Fiador:	Certificates of Deposit (CDs):
Rendimento de Cuidade dos filhos:	Conta de Mercado Monetário:
Rendimento de Aluguer:	Títulos de Poupança:
Compensação de desemprego:	Acções:
Seguro de Inabilidade Temporária:	Títulos:
Assistência para os Filhos :	Companhia de Investimentos:
Pensão Alimentícia:	IRAs:
Compensação de Trabalhador:	401(k)s:
VA Benefícios:	403(b)s:
Pagamentos à Segurança Social:	457s:
Rendimentos de Dividendos e Juros:	Caixa com Valor no Seguro:
Direito Autoral:	Propriedade Pessoal:
Pensões:	2a Casa & Propriedade Alugável:

Rendimento Mensal Cont.:	Activos Cont:
Assistência Pública:	2o Veículo ao Motor:
Outro:	Total:
Rendimento Mensal:	
Rendimento Anual:	Total Despesa Mensal:
SE VOCÊ NÃO INDIQUE O SEU RENDIMENTO, PORTANTO, QUAL É O SEU FONTE DE SUBSISTÊNCIA? Use separate sheet of paper if needed.	

Por favor, assegure que você anexou a cópia mais recente da declaração do IRS Federal e duas últimas notas fiscais.

“ Eu agradeço ao hospital para fazer uma determinação da elegibilidade para o apoio-financeiro. Entendendo que esta informação é confidencial e sujeita à verificação por parte do hospital. Eu também entendo que se a informação fornecida fica falso, eu posso ser negada para o apoio-financeiro e ficarei responsável pelo pagamento dos serviços hospitalares prestados. Atesto que as informações contidas neste aplicativo é completo e correto, do melhor no meu conhecimento e que eu entendo o processo e as minhas responsabilidades.”	
Assinatura:	Data:

Acção Tomadas pelo Hospotal

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Nota Fiscal _____	Carta de Bilhete de Comida _____	Declaração de IRS _____
Reporte de Credito _____	Outro Documento _____	Data de Verificação E.D.S/GPA _____
Se for não-residente, documentação requerida _____		
Data: _____	Não Aprovado: _____	Razão: _____
Aprovado: _____	Conta#: _____	Data de Vencimento: _____

Comentários: _____

Assinatura do Responsável

Aprovação de Gerência Administrativa