



NOME DO PACIENTE:  
NÚMERO DA CONTA:

Agradecemos por confiar no Community Medical Centers para atender suas necessidades de cuidados com a saúde.

Uma inscrição para assistência financeira está anexada para determinar a possibilidade de dificuldade financeira. Se quiser se inscrever, preencha o formulário e envie-o para nós nos próximos quinze (15) dias úteis. Anexe uma cópia dos seguintes documentos com sua inscrição:

Comprovante de renda para todos os membros da família que vivem na mesma unidade familiar:

1. Três (3) holerites recentes, W-2 ou declaração de imposto de renda mais recente, ou
2. Se autônomo, forneça a declaração de imposto de renda mais recente (incluindo o cronograma C), ou
3. Se desempregado, anexe a declaração de recebimento de seguro-desemprego, ou
4. Extrato de aposentadoria/pensão (se aplicável), ou
5. Se estiver recebendo assistência pública, forneça um comprovante de elegibilidade/inscrição atual em um dos seguintes programas governamentais: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (selos alimentícios), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) ou WIC (Women, Infants and Children)

Os pacientes com convênio médico também **devem** fornecer documentos para confirmar que 10% da renda familiar foi paga **ou** está destinada a custos médicos nos últimos 12 meses. Todos os saldos atuais, recibos/faturas médicas, prêmios de convênio médico e farmacêutico devem ser aplicados em relação a esses 10%.

O Community Medical Centers está comprometido a atender nossa comunidade. Estamos contentes em poder ajudar quando você mais precisa.

Se tiver dúvidas sobre esta conta ou sobre a documentação necessária, ligue para (559) 459-3939 ou (800) 773-2223, opção 3. Inscrições incompletas não serão processadas.

Envie a documentação e a inscrição completa e assinada para o endereço abaixo ou para o fax (559) 230-8505:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889

Data de envio do formulário \_\_\_\_\_ Data de retorno do formulário \_\_\_\_\_

### Inscrição para assistência financeira do CMC

NOME DO PACIENTE	Nº DA CONTA DO PACIENTE
	Nº DO REGISTRO MÉDICO

#### I. PACIENTE/PARTE RESPONSÁVEL

SOBRENOME	NOME INICIAL DO NOME DO MEIO
	ENDEREÇO
ENDEREÇO	Nº DE SEGURO SOCIAL
	TELEFONE RESIDENCIAL
	CELULAR
NOME DO EMPREGADOR	TELEFONE COMERCIAL
	RENDA MENSAL BRUTA \$

#### II. CÔNJUGE/PARCEIRO DOMÉSTICO

SOBRENOME	NOME INICIAL DO NOME DO MEIO
	ENDEREÇO
ENDEREÇO	Nº DE SEGURO SOCIAL
	TELEFONE RESIDENCIAL
	CELULAR
NOME DO EMPREGADOR	TELEFONE COMERCIAL
	RENDA MENSAL BRUTA \$

#### III. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE FAMILIAR

Listar cônjuge, parceiro doméstico, filhos dependentes menores de 21 anos. Se o paciente for menor de idade, listar os pais, cuidadores e (irmãos com menos de 21 anos)

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO

**NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA UNIDADE FAMILIAR:**

<b>IV. RENDA BRUTA MENSAL</b>	
Renda mensal da parte responsável/paciente	\$
Renda mensal do parceiro doméstico/cônjuge (se aplicável)	\$
Renda de aposentadoria	\$
Pagamentos de pensão alimentícia/suporte recebidos	\$
Comp. do empregador ou seguro-desemprego	\$
Seguro social/Seguro social por deficiência	\$
Rendas diversas	\$
Se houver pagamentos de pensão alimentícia/suporte pagos, insira aqui	\$
<b>RENDA BRUTA MENSAL TOTAL</b>	<b>= \$</b>

<b>V. INFORMAÇÕES DIVERSAS</b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Você tem mais de 18 anos e foi declarado como dependente no imposto de renda de seus pais?		
Você está inscrito em: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (selos alimentícios), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) ou WIC (Women, Infants and Children)		
Você tem convênio médico?		
Sua visita médica foi ocasionada por terceiros, por exemplo, acidente automotivo ou um escorregão e queda?		
Você se inscreveu no Medi-Cal ou no Medicare?		
Você se inscreveu no Covered California?		

<b>INSCRIÇÕES FRAUDULENTAS OU INCOMPLETAS SERÃO NEGADAS</b>
<p>AO PREENCHER ESSA DECLARAÇÃO FINANCEIRA, EU, POR MEIO DESTA, AFIRMO QUE AS DECLARAÇÕES ACIMA ESTÃO CORRETAS E COMPLETAS, E DOU MEU CONSENTIMENTO PARA QUE O COMMUNITY MEDICAL CENTERS VERIFIQUE MINHAS INFORMAÇÕES.</p> <p>ASSINATURA: _____</p> <p>NOME EM LETRA DE FORMA: _____</p> <p>DATA: _____</p> <p>PARENTESCO CASO NÃO SEJA O PACIENTE: _____</p>

Envie a documentação e a inscrição completa para o endereço abaixo ou para o fax (559) 230- 8505:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889