

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Número do Seguro Social \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe/responsável (se o paciente for uma criança) \_\_\_\_\_

Número do Seguro Social \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

<p><b>Endereço residencial</b></p> <p>_____</p> <p>Rua _____ N.º do apartamento ou unidade _____</p> <p>Cidade _____ Estado _____ Código Zip _____</p>	<p><b>Endereço de correio</b> _____ <b>Marque se for o mesmo que o endereço residencial</b></p> <p>_____</p> <p>Rua _____ N.º do apartamento ou unidade _____</p> <p>Cidade _____ Estado _____ Código Zip _____</p>
--	---

**Estado civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a) **Você está empregado(a)?**  Não  Sim **Se sim, por quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**Nome do empregador:** \_\_\_\_\_ **O empregador oferece seguro de saúde?**  Não  Sim

Preencha a tabela para MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR E RENDA DO AGREGADO FAMILIAR abaixo. Forneça nomes e informações sobre renda para cada membro da família vivendo na sua casa. Use os códigos de renda fornecidos para identificar o tipo de renda para cada pessoa.

MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR E RENDA DO AGREGADO FAMILIAR																						
Tipos de renda e código de renda																						
Renda obtida	EI	Aposentadoria de Seguro Social	SSR	Pensão alimentícia/Apoio ao cônjuge	VA	Pensão ou anuidade	PA															
Renda de profissional autônomo	SE	Renda por Incapacidade do Seguro Social	SSDI	Seguro-desemprego	UC	Renda de aluguéis	RI															
		Administração de Veterano	VA																			
Nome	Relação com o candidato	Data de nascimento	Idade	Tipo de renda por código	Quantia da renda (An./Me./Sem.)																	
	N/A				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">\$</td> <td style="width:33%; text-align: center;">\$</td> <td style="width:33%; text-align: center;">\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </table>			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$																				
\$	\$	\$																				
\$	\$	\$																				
\$	\$	\$																				
\$	\$	\$																				
					\$																	
					\$																	
					\$																	
					\$																	
					\$																	
Se você precisar de espaço adicional para incluir todos os membros do agregado familiar, então use o verso do formulário.																						

**ATIVOS - Informações bancárias**

Conta corrente:  Não  Sim Nome do banco: \_\_\_\_\_ Saldo: \_\_\_\_\_

Conta poupança:  Não  Sim Nome do banco: \_\_\_\_\_ Saldo: \_\_\_\_\_

**Ao assinar abaixo, eu concordo com as seguintes declarações:**

- Eu declaro, sob pena de perjúrio, que as respostas que eu forneci são verdadeiras e corretas ao melhor do meu conhecimento.
- Eu vou fornecer todos os documentos de verificação necessários para determinar a minha elegibilidade para o Programa Beneficente do BMCHS.
- Eu entendo que se eu não me qualificar para o Programa Beneficente, eu serei pessoalmente responsável pelos encargos associados com os serviços fornecidos pelo BMCHS, ou eu posso apelar da decisão de negação por escrito com documentação adicional.

Assinatura do paciente (ou), pai/mãe/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do cônjuge do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_