\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomi di Pasienti Numeru di Sigúru Sosial Data di Nascímentu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomi di Pai/inkaregadu di idúkason (si pasienti é un kriansa) Numeru di Sigúru Sosial Data di Nascímentu

|  |  |
| --- | --- |
| **Inderésu di kaza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rua Apartaméntu ô unidadi#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sidádi Stadu kodígu Postal | **Inderésu Postal \_\_\_\_Marka si é mesmu ki inderésu di kaza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rua Apartaméntu ô unidadi#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sidádi Stadu Kodígu Postal |

**Stadu sivil:** Soltéru kazáduDivorsiádu  Víudu/a **Bu sta imprégadu?**  No sin **si sin, duranti kantú tempu?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nomi di Imprégador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Imprégador ta oferési sigúru di saúdi?**  No sin

|  |
| --- |
| **Membrus di lar i rendiméntu di lar** |
| **Típus di rendiméntu i kodígu di rendiméntu** |
| Rendiméntu di Trabádju. Rendimentu di trabadjo pur konta propria.Raforma di sigúru sosial. | EISESSr | Rendimentu di Sigúru SuplimentalRendimentu di invalidés di sigúru sosialSubisidiu di dizempregu | SSISSDIUC | Adiministrason di VeteranusIndiminizáson di trabadjuRaforma ô Anuidadi | VAWCPA | Penson alimentarSpousal SupportRendimentu di renda | CSSSRI |
| **Nomi** | **Rilasion ku kandidatu** | **Data di nascimentu** | **Idadi** | **Tipu di rendimentu pur tipu** | **Kuantidadi di rendimentu****(anual./Mensual./simanal.)** |
|  | Propriu |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
| **Si bu mesti más ispasu pa inklúi tudu membrus di lar, ntom pur favor uza parti trás di formulariu.** |

Kompleta tabela pa MEMBRUS DI LAR Y RENDIMENTU DI LAR na parti di baxu. Da nomis i informason di rendimentus di tudu pisoas ki ta vivi na bu kaza. Pur favor uza kodigu di rendimentus ki foi dadu pa identifika tipu di rendimentu ki kada pisoa ta risebi.

**Bens - Informason Bankariu**

konta korenti:  No sin Nomi di Banku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Saldu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

konta di Poupansa:  No sin Nomi di Banku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Saldu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merkadu Monétariu:  No sin Nomi di Banku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Saldu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bens – Informason di Vivenda i Propriédadi**

Donu di kaza?  No Yes hipotéka: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/mensual Rendadu/alugadu?  No sin $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/mensual

Donu di otus propriédadi?  No sin Valor istimadu: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donu di veiklus?  No sin kantu veiklus? \_\_\_\_

**Sinandu di baxu, n'ta konkorda ku siguintis afirmason:**

* N'ta diklara, sobi péna di perjuriu, ki rispostas kin dá é verdadi i kuretu ku nha plenu konhesimentu.
* N'ta ben da tudu dukumentus di verifikason nisisariu pa ditermina nha elijibilidadi pa prugruma di karidadi BMCHS.
* N'ta intendi ma si n'ka kualifika pa prugruma di karidadi, n'ta ser pisoalmenti risponsavel pa kobransas asosiadus ku servisus fornesidus pa BMCHS, ô n'podi rikori a disizon di negason pur iskirtu ku dokumentasons adisional.

Sinatura di pasienti (ô) Pai/inkaregadu di idukason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinatura di ispozo/a di Pasienti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_