****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Boston Medical Center**

**Inscrição no programa beneficente**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Endereço residencial**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rua Apartamento ou unidade  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade Estado CEP | **Endereço para correspondência**  **\_\_\_\_Assinalar se igual ao endereço residencial**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rua Apartamento ou unidade  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade Estado CEP |

**Estado Civil:** solteiro **** Casado Divorciado**** Viúvo   
**Você está empregado?**  Não **** Sim  **Se sim, há quanto tempo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEMBROS DA FAMÍLIA E RENDA FAMILIAR** | | | | | | | |
| **Tipos de Renda e Código de Renda** | | | | | | | |
| Rendimento do trabalho  Rendimento de emprego autônomo  Aposentadoria da Previdência Social | EI  SE  SSR | Renda de previdência suplementar  Renda por invalidez da Previdência Social  Seguro-desemprego | SSI  SSDI  UC | Administração de Veteranos  Remuneração de Trabalhadores  Pensão ou anuidade | VA  WC  PA | Pensão alimentícia  Pensão ao cônjuge  Renda de aluguel | CS  SS  RI |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Relação com o candidato** | **Data de Nascimento** | **Idade** | **Tipo de renda por código** | **Valor da renda (ano/mês/semana)** |
|  | Próprio |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
| **Se precisar de espaço adicional para incluir todos os membros da família, use o verso do formulário.** | | | | | |

Preencha a tabela de MEMBROS DA FAMÍLIA E RENDA FAMILIAR abaixo. Forneça nomes e informações sobre a renda de todas as pessoas que moram em sua casa. Use os códigos de renda fornecidos para identificar o tipo de renda recebida por cada pessoa.

**ATIVOS - Informações Bancárias**

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

Poupança: ****Não **** Sim Nome do banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Saldo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mercado financeiro: ****Não **** Sim Nome do banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Saldo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATIVOS - Informações sobre moradia e imóveis**

Possui uma casa? ****Não **** Sim Hipoteca: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/mês Aluguel? ****Não**** Sim $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / mês

Possui outro imóvel? ****Não **** Sim Valor estimado: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Veículos próprios? ****Não **** Sim Quantos veículos? \_\_\_\_

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

* Declaro, sob pena de perjúrio, que as respostas que dei são verdadeiras e corretas, dentro do meu conhecimento.
* Fornecerei todos os documentos de verificação necessários para determinar minha elegibilidade para o Programa Beneficente do BMCHS.
* Entendo que, se eu não me qualificar para o Programa Beneficente, serei pessoalmente responsável pelos encargos associados aos serviços prestados pelo BMCHS, ou posso apelar da decisão de recusa por escrito com documentação adicional.

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

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