



Solicitação de Cobertura no Programa de Desconto de Taxa Móvel (SFDP)

Você deve responder a todas as perguntas. Se Algo não se aplica a você, coloque N/A nesse espaço. Você deve assinar e datar o requerimento antes de enviá-lo. Se você não assinar o requerimento, ele será negado.

A Aplicação é para (marque uma opção) Eu _____ ou Eu, e Minha Família _____
Sobrenome: _____ Primeiro Nome: _____ Data de Nascimento _____

Endereço da Rua _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Endereço para correspondência (se diferente): _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Listar Os Membros da Família

Nome	Relação com o Paciente	Data de Nascimento	Sexo	Empregado? Sim ou Não	idioma Preferido

Alguém na casa está grávida: _____ Sim _____ Não

Alguém na casa tem Seguro médico? _____ Sim _____ Não

Quem: _____

Nome do Seguro _____ Identidade _____

Verificação de Renda

Por favor liste todas as fontes de renda da família. Renda a ser incluída, mas não limitada a, emprego, desemprego, compensação trabalhista, previdência social, renda de segurança suplementar (SSI), assistência pública, benefícios para sobreviventes, pensão ou renda de aposentadoria, juros, dividendos, outras rendas de investimentos, renda de espólios e fundos, pensão alimentícia para filhos e outras rendas de fora do domicílio e outras fontes diversas.

Membros da Família	Fonte de Renda	Quantia	O pagamento á semanal, quinzenal, mensal, anual



Solicitação de Cobertura de Programa de taxa Móvel (SFDP)

Você deve incluir em sua solicitação, holerites das últimas 4 semanas ou a declaração de imposto de renda do ano passado, além de qualquer comprovante dos benefícios acima para que sua solicitação seja processada.

Eu certifico que as informações acima são verdadeiras e completas. Autorizo a Lamprey Health Care a verificar qualquer uma das informações acima e divulgá las aos prestadores de cuidados de referência/mútuos. Eu entendo que sou responsável por todas as contas de serviços antes da conclusão e aceitação desta inscrição e se minha inscrição for negada. Eu entendo que a Lamprey Health Care é regulamentado por políticas e regulamentos estabelecidos pelo governo federal e é considerado ilegal deturpar ou alegar falsamente informações imprecisas neste aplicativo.

Assinatura (do requerente)

(data)

SOMENTE PARA USO DE ESCRITÓRIO:

A assistência é concedida _____ % com base no cálculo da renda anual de \$ _____ e tamanho da família de

\$ _____ Foi deduzido da renda devido a pagamentos de pensão alimentícia (consulte a apólice para saber quando isso é permitido).

A assistência é negada devido a:

- _____ A renda não atende aos critérios de elegibilidade
- _____ Informações faltantes solicitadas e não fornecidas em 10 dias
- _____ Aplicação não foi assinada

A notificação ao paciente foi enviada pelo correio no dia _____
(data)

Assinatura do funcionário que realiza a revisão de elegibilidade: _____