

ANEXO 2-CT (Hospitais de Connecticut)
PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGAMENTO

Nome do Paciente: _____
Número do familiares: _____

Número da conta _____

1A Cálculo da renda disponível

Salário/pensão mensal

_____ x 12 _____

SSI/VA Mensal

_____ x 12 _____

Renda total

_____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo das despesas mensais

Aluguel

Energia Elétrica

Gás

Telefone

Água

Pagamento de parcelas de carro

Cartões de crédito

Seguro

Outro _____

Alimentação (\$100,00 por dependente)

Despesas mensais totais

Total despesas

_____ x 12 _____ (BB)

1C Renda qualificada para contas hospitalares

_____ (CC)

(AA – BB) (se menor que 0, considerar 1)

1D Estimativa de despesa hospitalar para o paciente

_____ (DD)

1E Identificação de ativos líquidos

Contas bancárias

Títulos

Ações

CD's

Fundos mútuos

Total ativos líquidos

_____ (EE)

1F Total devido pelo Paciente menos ativos líquidos (DD-EE)

_____ (FF)

1G Renda elegível menos devido pelo Paciente (CC-FF)

_____ (GG)

Nota: Se GG for um número negativo, o paciente não terá responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima estão corretas.

_____ Atesto que o Paciente/Fonte de Pagamento está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

Assinatura do Paciente/Fonte de Pagamento

Data

ANEXO 2-NY (Hospitais de Nova York)
PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGAMENTO

Nome do Paciente: _____
Número do familiares: _____

Número da conta _____

1A Cálculo da renda disponível

Salário/pensão mensal _____ x 12 _____
SSI/VA Mensal _____ x 12 _____
Renda total _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo das despesas mensais

Aluguel _____
Energia Elétrica _____
Gás _____
Telefone _____
Água _____
Pagamento de parcelas de carro _____
Cartões de crédito _____
Seguro _____
Outro _____
Alimentação (\$100,00 por dependente) _____
Despesas mensais totais _____
Total despesas _____ x 12 _____ (BB)

1C Renda qualificada para contas hospitalares _____ (CC)
(AA – BB) (se menor que 0, considerar 1)

1D Estimativa de despesa hospitalar para o paciente _____ (DD)

1G Renda elegível menos devido pelo Paciente (CC-FF) _____ (EE)
Nota: Se GG for um número negativo, o paciente não terá responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima estão corretas.

_____ Atesto que o Paciente/Fonte de Pagamento está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

_____ Assinatura do Paciente/Fonte de Pagamento

_____ Data