



Formulário de Inscrição no Programa de Assistência Domiciliária (HCP)

Requerente: _____ Data de nascimento: _____

Cônjuge: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____ Cidade/Vila: _____

Rendimentos (Clientes da MassHealth não preenchem a Secção de Rendimentos)	Requerente		Cônjuge	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual
a. Segurança Social				
Medicare/Part B				
b. Rendas (registo de rendas)				
c. Juros				
d. Dividendos/Anuidades				
e. Pensões:				
f. Outros:				
g. Outros:				
Subtotais mensais		x 12 =		x 12 =
Totais anuais				
h. TOTAL				

Por favor, leia as declarações que se seguem, autenticando-as, depois, com a sua assinatura:

- Tanto quanto sei e creio, a informação acima é verdadeira.
- Se me qualificar, aceito pagar pelos serviços um co-pagamento mensal que não exceda _____.
- Se não efectuar o co-pagamento mensal, os meus serviços poderão ser rescindidos.
- Sei que os co-pagamentos mensais poderão ser aumentados anualmente. Serei informado/a por escrito, com 30 dias de antecedência, antes desse aumento entrar em vigor.

Assinaturas:

Requerente: _____ Data: _____

Cônjuge: _____ Data: _____

Testemunha/Representante: _____ Data: _____

CM/RN: _____ Data: _____

Data da Resolução: _____ Data da Notificação: _____

Instituições financeiras		
Nome	Endereço	Quantia
		\$
		\$
		\$

Comentários: _____

PARA USO DO ASAP (FOR ASAP USE)			
<u>Eligibility</u>			
<u>Financial</u>		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
<input type="checkbox"/> 1. Voluntary/nonMedicaid	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 2. Cost sharing/fixed		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 3. Cost sharing/utilization	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 4. Respite/over income		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 5. Over income	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
Comments: _____			

