

# PROJETO DE ACESSO DO CONDADO DE JEFFERSON

## INSCRIÇÃO NO PROGRAMA

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO			
Sobrenome:		Nome:	Nome do Meio:
Data de nascimento:		Seguro Social:	
Endereço atual:			Núm. Apartamento:
Cidade:	Estado:	ZIP	Condado:
__ Masculino Feminino__	Estado civil:		Telefone Residencial: Telefone Celular: e-mail:
INFORMAÇÕES DE RENDA			
Empregador Atual:			
Endereço do empregador:			Quanto tempo no emprego atual?
Telefone:	E-mail:		Fax:
Cidade:	Estado:		CEP:
Posição:	Por hora OU Salário ( <i>circule</i> )		Renda anual:
Outra fonte de renda:		Montante anual:	
Outra fonte de renda:		Montante anual:	
CONTATO DE EMERGÊNCIA			
Em caso de emergência, entre em contato com:			
Endereço:			Telefone:
Cidade:	Estado:		CEP:
Relação:			
INFORMAÇÕES DO CÔNJUGE			
Sobrenome:		Nome:	Nome do Meio:
Data de nascimento:		Telefone:	
INFORMAÇÃO DE TRABALHO DO CÔNJUGE			
Empregador Atual:			
Endereço do empregador:			Quanto tempo?
Telefone:	E-mail:		Fax:
Cidade:	Estado:		CEP:
Posição:	Por Hora Salário ( <i>Por favor, circule</i> )		Renda anual:
INFORMAÇÃO FAMILIAR			
Indique nomes, data de nascimento, e a relação com todas as pessoas que moram com você atualmente			
<b>Nome</b>	<b>Data de nascimento</b>	<b>Relacionamento</b>	

**FONTE DE REFERÊNCIA**

Você foi indicado por quem:

Número de telefone:

**APLICAÇÃO FINANCEIRA**

<b>Renda/Bens Pessoais</b>		<b>Despesas Mensais</b>	
Segurança Social	Dinheiro Disponível	Hipoteca	Outros
Renda de segurança complementar (SSI)/Quem recebe	Conta Poupança	Aluguel	Outros
Pensão Militar	Conta Bancária	Conta de Luz	Outros
Seguro Desemprego	Investimentos	Gás	Outros
Indenização por acidente ou doença do trabalho	Seguro de vida	Telefone	Outros
Rendimentos de Juros	Imóvel	Água	Outros
Renda de Dividendos	Liquidação Financeira	Alimentos	Outros
Pensão Alimentícia	Outros	Combustível do Automóvel	Outros
Pensão Alimentícia Matrimonial		Pagamento do Carro	Outros
Aluguel		Seguro do Automóvel	
Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC)		Creche	
Cupons de alimentos		Pensão Alimentícia	
<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
Se você não está trabalhando atualmente, quem o apoia financeiramente?			Relação:

## INFORMAÇÃO MÉDICA

**Indique todos os problemas médicos**

**Indique todos os medicamentos que você toma indicados pelo médico ou não**

## HISTÓRICO DE ATENDIMENTO MÉDICO

*Indique os médicos e hospitais que o atenderam nos últimos 5 anos*

**Nome do Médico/Hospital**

**Cidade/Estado**

**Telefone**

Você tem plano de saúde?  Nome:	O seu empregador (ou empregador de seu cônjuge) oferecem plano de saúde?	Se sim, qual é o custo mensal para você/seu cônjuge?	<i>Nota: Necessário carta do empregador informando benefícios e valor do prêmio</i>
---------------------------------------	--	--	---

Seguro disponível através de: (Nome do Empregador):	Você já solicitou Invalidez/ Renda de segurança suplementar (SSI)? Data da solicitação:	Se aprovado, data de início:  (necessário carta original com data de aprovação).
---	--	--

### OUTRAS INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

Você é veterano militar?	Você é candidato a receber seguro de saúde através do Departamento de veteranos militares (VA) ?
--------------------------	--

Você já recebeu no passado, atendimento médico no Cooper-Green Hospital?	Atualmente, você está recebendo atendimento médico no Cooper-Green Hospital?
--	--

País de nascimento:	País de Cidadania:
---------------------	--------------------

Idioma preferido:	Outras línguas que fala:
-------------------	--------------------------

### DECLARAÇÃO DE ENTENDIMENTO

Eu prometo que tudo o que foi afirmado nesta aplicação é verdadeiro. O Projeto de Acesso do Condado de Jefferson (JCPA) está autorizado a verificar meu histórico de crédito e de trabalho. Se aprovado e admitido no Programa JCPA, dou ao JCPA permissão para liberar a informação acima, médica e financeira, para companhias farmacêuticas e médicos envolvidos no meu atendimento. Se aprovado e admitido, aceito as políticas e procedimentos do Programa de Acesso ao Atendimento. Eu entendo que este é um programa destinado a ajudar as pessoas durante um período de tempo temporário.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

