

# Recertificação de elegibilidade do núcleo de assistência ao paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço de correspondência: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone principal: \_\_\_\_\_ Telefone alternativo: \_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Nome do gerente de caso: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_

Seção 1: RESIDÊNCIA	
<p>Você mudou de lugar de residência?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, meu endereço não foi alterado. Caso contrário, vá para a Seção 2: TAMANHO DA FAMÍLIA.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, meu endereço foi alterado. Em caso afirmativo, verifique o tipo de documento na caixa à direita.</p>	<p><b>Verifique o tipo de documento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Carteira de motorista atual da Flórida</li><li><input type="checkbox"/> Cartão de identificação atual da Flórida (ID)</li><li><input type="checkbox"/> Conta de serviço público</li><li><input type="checkbox"/> Recibo de pagamento com nome e endereço</li><li><input type="checkbox"/> Contrato de habitação, aluguel ou hipoteca</li><li><input type="checkbox"/> Registros escolares recentes</li><li><input type="checkbox"/> Extrato bancário</li><li><input type="checkbox"/> Carta de suporte ao cliente</li><li><input type="checkbox"/> Recibo de imposto de propriedade ou formulário W-2</li><li><input type="checkbox"/> Documento de desemprego</li><li><input type="checkbox"/> Título de eleitor atual</li><li><input type="checkbox"/> Correspondência oficial</li><li><input type="checkbox"/> Florida Medicaid Managed System (FLMMIS)</li><li><input type="checkbox"/> Medical Eligibility Verification System (MEVSNET)</li><li><input type="checkbox"/> Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP, na sigla em inglês)</li><li><input type="checkbox"/> Declaração do gerente do abrigo/caso</li></ul>
Seção 2: TAMANHO DA FAMÍLIA	
<p>O tamanho da sua família foi alterado?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, o tamanho da minha família não foi alterado. Caso contrário, vá para a Seção 3: RENDA.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o tamanho da minha família foi alterado. Em caso afirmativo, verifique o tipo de documento na caixa à direita.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Certidão de casamento/formulário de registro de parceiro doméstico</li><li><input type="checkbox"/> Certidões de nascimentos</li><li><input type="checkbox"/> Declaração de imposto de renda</li><li><input type="checkbox"/> Sentença de divórcio</li><li><input type="checkbox"/> Certidão de óbito</li><li><input type="checkbox"/> Adulto que mora com o cliente e reivindica o cliente como dependente de impostos</li><li><input type="checkbox"/> Adulto que mora com o cliente e tem a custódia legal do cliente.</li></ul>

**Seção 3: RENDA**

Sua renda foi alterada?

- Não, minha renda não foi alterada.  
Caso contrário, vá para a Seção 4: SEGURO SAÚDE.
- Sim, minha renda foi alterada.  
Em caso afirmativo, verifique o tipo de documento na caixa à direita.

- Cópia dos recibos de pagamento mais recentes do último mês
- Cópia de invalidez anual mais recente, SSI, aposentadoria, pensão, VA, pensão alimentícia, benefícios de desemprego, etc.
- Declaração de lucros e perdas de trabalho autônomo
- Declaração de ausência de renda
- Três (3) meses de extratos bancários
- Carta de suporte ao cliente
- Outro

**Seção 4: SEGURO SAÚDE**

Sua situação de seguro mudou?

- Não, meu seguro não foi alterado.
- Sim, meu seguro foi alterado.  
Em caso afirmativo, verifique o tipo de documento na caixa à direita.

Vá para a Seção 5: CERTIFICADO.

- Comprovante de Medicaid
- Verificação do seguro do empregador
- Informações do pacote de benefícios de seguro atual
- Florida Medicaid Managed Information System (FLMMIS)
- Medical Eligibility Verification System (MEVSNET)
- Medicare
- Federally Facilitated Marketplace
- Carta de rescisão/negação do empregador
- Carta de rescisão/negação da seguradora

**Seção 5: CERTIFICADO**

Confirme a seguinte declaração:

- As informações fornecidas são verdadeiras, corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento.
- Entendo que meus registros são protegidos por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhados sem minha autorização por escrito.
- Entendo que as informações podem ser liberadas para faturamento, auditorias de prontuários, monitoramento/melhoria da qualidade do programa, relatórios de dados e outras finalidades necessárias para facilitar a prestação de serviços do programa.
- Entendo também que posso alterar minha autorização a qualquer momento, por escrito.

(Nome do cliente) verificou as informações acima em (data).

Formulário preenchido por: \_\_\_\_\_

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_ Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_

Nome da agência: \_\_\_\_\_ Telefone da agência: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_