

**Programa de tarifas com desconto progressivo**

*Perguntas mais frequentes*

**Por que devo candidatar-me?**

Podes ser elegível para pagar os custos de visita reduzidos quando visitar um prestador da Star Community Health

Quanto custará? Não há nenhum custo para se candidatar ao programa. Os custos de visita variam entre $10 - $30 por visita, dependendo do tamanho do seu núcleo familiar e da sua renda. Também podes ser beneficiado com custos mínimos de $10 ou custos reduzidos para serviços odontológicos.

**O que é coberto?**

Este programa cobre os serviços de saúde prestados pela Star Community Health, mas não cobre as visitas ao hospital ou outros prestadores de cuidados médicos. Deves candidatar-te nesses locais para participar nos seus programas. De acordo com as directrizes federais, a Star Community Health é obrigada a actualizar anualmente o nosso programa de tarifas com desconto progressivo com base nas alterações feitas aos níveis federais de renda para pobreza. Isso ocorre no dia 1º de maio de cada ano. Portanto, o programa para o qual qualificares pode sofrer alterações dependendo da data.

**Como posso candidatar-me?**

Preenche o formulário de candidatura. Não te esqueças de fornecer informações sobre todos os membros do teu núcleo familiar. Deves trazer-nos ou enviar-nos comprovantes de todas as tuas fontes de renda. Se não tiveres certeza do que isso significa, há uma lista dos documentos necessários para cada tipo de renda na lista de verificação da candidatura.

**Isso significa que tenho seguro e que não terei de pagar uma multa sobre os meus impostos?**

Não. Este programa não é considerado como cobertura de seguro de saúde para efeitos fiscais.

**Posso utilizar este programa se tiver seguro de saúde?**

Sim. Se fores qualificado(a) com base no tamanho do teu núcleo familiar e renda e o teu seguro de saúde tiver franquias ou pagamentos de co-participação elevados, ainda é possível utilizar este programa para reduzir as despesas médicas. Este é um programa de descontos para serviços na Star Community Health.

**O que o Health Care Marketplace pode fazer por ti?**

* Estão disponíveis novas opções de cobertura de seguro de saúde através da PA Pennie.
* Estão disponíveis planos de baixo custo e gratuitos, além de ajuda financeira com base na tua faixa de renda.
* A cobertura não pode ser negada a ninguém por ter uma condição preexistente.
* Podes ser elegível fora da inscrição aberta se passares por mudanças de estado ou situação, como casamento, mudança de residência ou o nascimento de um filho, ou se vieres a perder o seguro de saúde por desemprego ou perda da Pennsylvania Medicaid.

Nós podemos ajudar! Liga para o teu consultório de atendimento primário e pede uma candidatura para descontos progressivos.



**Programa de tarifas com desconto progressivo**

*Directrizes de renda*

**Calendário de tarifas com desconto progressivo para serviços médicos/odontológicos**

**Faixas anuais de renda por classe de tarifa com desconto progressivo e percentagem de pobreza**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Níveis federais de renda para pobreza** | **0% - 100%** | **101% - 125%** | **126% -150%** | **151% - 200%** | **201% e acima** |
| **2022** |  |  |  |  |  |
| **Tamanho da família** |  |  |  |  |  |
| **1** | $13.590 | $16.988 | $20.385 | $23.783 | $27.180 |
| **2** | $18.310 | $22.888 | $27.465 | $32.043 | $36.620 |
| **3** | $23.030 | $28.788 | $34.545 | $40.303 | $46.060 |
| **4** | $27.750 | $34.688 | $41.625 | $48.563 | $55.500 |
| **5** | $32.470 | $40.588 | $48.705 | $56.823 | $64.940 |
| **6** | $37.190 | $46.488 | $55.785 | $65.083 | $74.380 |
| **7** | $41.910 | $52.388 | $62.865 | $73.343 | $83.820 |
| **8** | $46.630 | $58.288 | $69.945 | $81.603 | $93.260 |
| **Para cada pessoa adicional, acrescenta $4.720** |  |  |  |  |  |
| **O paciente paga** | | | | | |
| **Clínica médica** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% da cobrança |
| **Odontologia - Cuidados de rotina** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% da cobrança |
| **Odontologia - Procedimentos não rotineiros**  **(% da cobrança\* mais custos de laboratório\*\*)** | 10% | 15% | 20% | 30% | 100% da cobrança |

\*Para procedimentos não rotineiros, consulte a recepcionista no seu consultório odontológico.

\*\*Os honorários do laboratório são cobrados a 100%. Não há desconto para custos de laboratório.



É necessária uma candidatura separada para cada membro do núcleo familiar que queira participar neste programa, incluindo filhos menores de idade. Só é necessário um conjunto de documentação comprobatória por núcleo familiar.

É necessário preencher todas as páginas do formulário de candidatura.

Se precisares de ajuda, ligue para [484-503-7827] e fala com o departamento de consultores financeiros.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sobrenome/Nome: | | | Número de Seguro Social | | Data de nascimento: | |
| Endereço postal: |  | | Cidade: |  | Rua: | Código Postal: |
| Nº de telefone | Nº de telefone para mensagens (lembretes de consulta) | | | Tens seguro de saúde? **Sim Não** | | |
|  |  | | | Em caso afirmativo, informa a seguradora e o número de identificação do seguro: | | |
| Solcitaste uma candidatura à Pennsylvania Medicaid no último ano? | Circula um: **Tem PA Medicaid** | | |  | | |
| **Sim Não Não tenho certeza** | **Tive PA Medicaid negado** | **Não me candidatei** | |  | | |

É necessário que a Star Community Health faça perguntas pessoais para determinar a elegibilidade para este programa. Essas informações serão mantidas em arquivo, sob estrita confidencialidade. Deverás comprovar a tua renda quando te candidatares e posteriormente uma vez por ano, quando renovares a tua candidatura. São necessárias cópias da tua declaração anual de imposto sobre a renda federal, holerites que cubram as últimas 4 semanas, declarações de prestações de Seguro Social ou outras fontes de renda. Não podemos utilizar extratos bancários para este fim. A tua renda anual e a dimensão do teu núcleo familiar serão utilizados para determinar o teu custo de visita.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e autorizo a Star Community Health a investigar qualquer informação contida nesta candidatura.

Compreendo que:

* Minhas informações serão mantidas em arquivo, sob estrita confidencialidade.
* Se estas informações forem consideradas falsas, perderei a minha elegibilidade para o programa e serei responsável pelo reembolso de qualquer benefício que tenha recebido. Se a minha renda ou o tamanho do meu núcleo familiar sofrerem alterações, serei obrigado(a) a notificar o departamento de facturação o mais rapidamente possível.
* Esta candidatura deve ser devolvida antes da minha próxima consulta ou no prazo de 30 dias, o que ocorrer primeiro, com comprovantes da minha renda anual, ou esta candidatura perderá a validade.
* Posso voltar a candidatar-me ao programa a qualquer momento, mas os custos reduzidos só serão aplicados a partir da data da nova candidatura.
* Se for considerado elegível para custos reduzidos, mas não tiver realizado os pagamentos necessários, a minha conta poderá ser enviada a uma agência de cobrança.

***Juro e atesto que todas as informações acima referidas sobre mim são verdadeiras e corretas***



Candidatura completa assinada para cada candidato, listando todos os membros do núcleo familiar e fontes de renda

* Comprovante para cada fonte de renda
* Se tiveres uma renda muito baixa ou nenhuma renda, preenche a "Ficha de renda zero" Declaração de impostos federais mais recente se fazes a declaração de impostos

**NÚCLEO FAMILIAR:** Lista todos os nomes e datas de nascimento de todos os membros do teu núcleo familiar, incluindo a ti mesmo.

* Se declaras impostos, o teu núcleo familiar consiste de ti, o(a) teu(sua) cônjuge e quaisquer dependentes que tenhas declarado nos teus impostos.
* Se fores declarado como dependente por outra pessoa, o teu núcleo familiar consiste de ti, do(a) declarante e qualquer outra pessoa indicada na declaração de impostos.
* Se não declarares impostos e não fores declarado como dependente por outra pessoa, o teu núcleo familiar consiste de ti, o(a) teu(tua) cônjuge e os teus filhos, se viverem contigo.

**RENDA:** É necessário apresentar comprovantes para cada uma das seguintes fontes de renda para cada membro do teu núcleo familiar, para verificar a elegibilidade. Lembra-te de que não podemos aceitar extratos bancários como comprovante de renda.

* Empregado: Holerites das últimas quatro semanas OU declaração de impostos federais
* Trabalho por conta própria e renda de aluguel: deves fornecer uma cópia da declaração de impostos federais mais recente

*Declaração de Benefício actual para:*

**Desemprego Seguro Social TANF Auxílios aos trabalhadores**

**Deficiência de longo ou curto prazo Pensão alimentícia/alimónia Pensão por aposentadoria e ou renda**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sobrenome | Primeiro nome | Data de nascimento | | Rendimento bruto antes de impostos e deduções | | Relação | Fonte de renda com comprovante anexado |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ | Si mesmo |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |
|  |  | |  | | $\_ \_ \_,\_ \_.\_ \_ |  |  |

Pelo abaixo assinado declaro que os dados e informações listados acima são exactos e verdadeiros no melhor dos meus conhecimentos e capacidades. Certifico também que incluí toda a documentação comprobatória para cada fonte de renda.

* Todas as pessoas que prestaram-te assistência nos últimos 3 meses (monetária ou não monetária), devem preencher as fichas a continuação e assinar abaixo para verificar o tipo de assistência que recebestes.
* Se alguém entregou-te dado dinheiro para pagar as despesas abaixo indicadas, indica a quantia paga e escreve o nome da pessoa na caixa adequada. Se alguém pagou qualquer uma das despesas abaixo indicadas gratuitamente, indica gratuito e coloque o nome da pessoa na caixa apropriada.
* Esta página deve ser preenchida por cada pessoa que prestou-te assistência nos últimos três meses.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mês 1 | Mês de: |  | Mês 2 | Mês de: |  |
|  | Quantia ou gratuito? | Quem ajudou? |  | Quantia ou gratuito? | Quem ajudou? |
| Despesas de habitação |  |  | Despesas de habitação |  |  |
| Serviços públicos  (água/esgoto/electricidade/televisão por cabo) |  |  | Serviços públicos  (água/esgoto/electricidade/televisão por cabo) |  |  |
| Aquecimento |  |  | Aquecimento |  |  |
| Despesas alimentícias |  |  | Despesas alimentícias |  |  |
| Outras despesas |  |  | Outras despesas |  |  |
| Despesas de transporte |  |  | Despesas de transporte |  |  |
| Despesas de telemóvel/internet |  |  | Despesas de telemóvel/internet |  |  |
| Despesas médicas |  |  | Despesas médicas |  |  |
| Outras despesas |  |  | Outras despesas |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mês 3 | Mês de: |  |
|  | Quantia ou gratuito? | Quem ajudou? |
| Despesas de habitação |  |  |
| Serviços públicos  (água/esgoto/electricidade/televisão por cabo) |  |  |
| Aquecimento |  |  |
| Despesas alimentícias |  |  |
| Outras despesas |  |  |
| Despesas de transporte |  |  |
| Despesas de telemóvel/internet |  |  |
| Despesas médicas |  |  |
| Outras despesas |  |  |

\*Este formulário deve ser completamente preenchido; não poderemos processar a tua candidatura se deixares partes dele em branco. Se precisares esclarecer melhor a tua situação específica, podes anexar uma carta ou declaração a este formulário. Se recebes assistência de outras agências, anexa cópias de qualquer assistência que tenhas recebido.

**Nome impresso e assinatura da pessoa que auxiliou-te**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Data: / / |
| Assinatura: | Data: / / |

***Juro e atesto que todas as informações acima referidas sobre mim são verdadeiras e corretas***

**Formulário de renda zero**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que não recebi nenhuma renda desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Local(is) do(s) último(s) emprego(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Sou estudante a tempo inteiro com mais de 18 anos de idade.

**Habitação:**

\_\_\_\_\_ Casa/apartamento próprios Recebe ajuda para habitação? Sim Não

\_\_\_\_\_ Casa/apartamento de outra pessoa Nome do proprietário da casa/apartamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abrigo/Alojamento de transição

\_\_\_\_\_ Outros (explicação): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alimentação:**

Recebes cupões para alimentação?

\_\_\_\_ Sim (Em caso afirmativo, é necessário anexar uma cópia do DHHS).

\_\_\_\_ Não

**Transporte:**

\_\_\_\_ Tenho o meu próprio veículo

\_\_\_\_ Um amigo ou parente fornece-me o transporte

\_\_\_\_ Eu utilizo transportes públicos

**Despesas de comunicação:**

Tens um telemóvel? Sim Não Em caso afirmativo, quem paga o teu telemóvel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fornece uma breve descrição da tua situação financeira actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Declaração de renda**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que recebi renda desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ do local de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº de telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Certifico que não posso apresentar a documentação necessária de renda, no entanto autorizo a Star Community Health a contactar o meu local de trabalho e a verificar verbalmente a minha renda. Compreendo que talvez tenha solicitado para candidatar-me a um seguro de saúde disponível no mercado ou oferecido por fontes estatais/federais. Compreendo que a Star Community Health poderá solicitar documentação comprobatória e respeitarei estas solicitações. Certifico também que as informações contidas neste formulário e nesta candidatura são verdadeiras, e se a Star Community Health as considerar falsas, eu posso ser responsabilizado(a) por todas as acusações associadas aos meus cuidados médicos.

**Habitação:**

\_\_\_\_\_ Casa/apartamento próprios Recebe ajuda para habitação? Sim Não Em caso afirmativo, quantia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Casa/apartamento de outra pessoa Nome do proprietário da casa/apartamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abrigo/Alojamento de transição

\_\_\_\_\_ Outros (explicação): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renda:**

Salário por hora: $ \_\_\_\_\_,\_\_\_\_/hora Sou pago \_\_\_\_\_ semanalmente, \_\_\_\_\_ quinzenalmente, \_\_\_\_\_ mensalmente.

Recebo o meu salário na forma de \_\_\_\_\_ dinheiro, \_\_\_\_\_ cheque ou \_\_\_\_\_ depósito directo.

Os impostos são retidos directamente no meu salário \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

**Transporte:**

\_\_\_\_\_ Tenho o meu próprio veículo

\_\_\_\_\_ Um amigo ou parente fornece-me o transporte

\_\_\_\_\_ Eu utilizo transportes públicos

Fornece uma breve descrição da tua situação financeira actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*O candidato também deve preencher a candidatura, além deste formulário\*\*



**Renúncia ao pagamento**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que estou a ter dificuldades em cumprir as minhas obrigações financeiras para com a Star Community Health e solicito que a taxa de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seja dispensada durante o período de tempo abaixo indicado. Compreendo que esta taxa só é dispensada após reunião com um consultor financeiro e aprovação para a dispensa. Também entendo que terei de continuar a reunir-me com o consultor financeiro em cada consulta que eu tiver na Star Community Health antes ou depois da consulta para fornecer actualizações sobre a minha situação financeira. Compreendo que esta renúncia pode ser anulada pela Star Community Health se eu não atender aos requisitos da reunião com o consultor financeiro.

Fornece uma breve descrição da tua situação financeira actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\*\*Para uso somente do consultor financeiro\*\*\*\**

Nome do consultor financeiro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Número do registo médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Renúncia aprovada a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e com término em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

O(a) paciente reunir-se-á com o consultor financeiro nas seguintes datas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

\*\*\*O paciente deve apresentar uma cópia deste formulário ao pessoal de registo no momento da consulta, para receber a renúncia ao pagamento da taxa.\*\*\*

***Juro e atesto que todas as informações acima referidas sobre mim são verdadeiras e corretas***

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do paciente: | Data: / / |
| Assinatura do responsável/guardião legal: | Data: / / |

***Declaração de renúncia***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sobrenome/Nome nascimento: | | Número de Seguro Social: | | Data de nascimento: | |
| Endereço postal: |  | Cidade: | | Estado: | Código Postal: |
| Nº de telefone: | Nº de telefone para mensagens (lembretes de consulta): | |  | | |

Não pretendo cumprir ou candidatar-me aos requisitos da tarifa com desconto progressivo.

Como não desejas candidatar-te ou cumprir com os requisitos para solicitar nossa tarifa com desconto progressivo, estás a optar por ser um paciente particular. Isto significa que pagarás $75,00 adiantados no momento do serviço e serás responsável por todo e qualquer saldo devido após a introdução dos encargos do provedor pela visita médica. Também serás responsável por qualquer custo de laboratório e/ou raios X/diagnóstico da visita de hoje. Qualquer desconto para taxas de escritório ou de laboratório não são aplicáveis e não receberás um desconto por estas taxas no caso da conclusão de uma futura candidatura à tarifa com desconto progressivo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Assinatura do paciente: | Data: | / | / |
| Assinatura do responsável/guardião legal: | Data: | / | / |

*USO SOMENTE DO ESCRITÓRIO*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Consultor financeiro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primeira análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Segunda análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Terceira análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item** | **Completa** | **Incompleta** |
| Informações ilegíveis Especifique o nº da página |  |  |
| A página 1 não está assinada ou está incompleta |  |  |
| A página 2 não está assinada ou está incompleta |  |  |
| Três meses de holerites |  |  |
| Declaração da Receita Federal |  |  |
| Trabalhador por conta própria/renda de aluguel ou formulário de impostos Schedule C |  |  |
| Desemprego, Segurança Social, TANF, auxílios aos trabalhadores, deficiência, Pensão alimentícia/alimónia, aposentadoria/pensão e ou anuidade |  |  |
| A página 3 não está assinada ou está incompleta |  |  |
| A pessoa que preencheu o formulário não assinou o atestado |  |  |
| Faltam informações sobre o mês nº \_\_\_\_\_ |  |  |
| A página 4 não está assinada ou está incompleta |  |  |
| “Outras habitações” está marcado, mas não é dada qualquer explicação |  |  |
| “Telemóvel” está marcado como sim, mas não há explicação sobre quem paga por ele |  |  |
| A descrição resumida da situação financeira não está completa |  |  |
| **Foto da identidade digitalizada no EPIC** |  |  |
| **Cartão(ões) de seguro digitalizado(s) no EPIC** |  |  |
| **Estado da candidatura actualizada no EPIC** |  |  |
| **Candidatura digitalizada no EPIC** |  |  |

Esta candidatura foi:

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, a candidatura perderá a validade em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Negada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ porque:

***Analisei estas informações e baseei a decisão acima somente nas informações contidas nesta candidatura***