

Demande d'aide financière uniforme État du Maryland

Vos informations

Nom _____
Prénom Deuxième prénom Nom de famille

Numéro de sécurité sociale ____ - ____ - ____ Statut matrimonial: Célibataire Marié Séparés
Citoyen américain: Oui Non Résident permanent: Oui Non

Adresse du domicile _____ Phone _____

Ville État Code postal Pays

Nom de l'employeur _____ Phone _____

Adresse professionnelle _____

Ville État Code postal

Membres du ménage:

_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation
_____ Nom	_____ Age	_____ Relation

Avez-vous présenté une demande d'assistance médicale Oui Non

Si oui, quelle est la date de votre demande? _____

Si oui, quelle a été la décision? _____

Vous recevez n'importe quel type d'État ou de l'aide du comté? Oui Non

**LES CANDIDATS DOIVENT SOUMETTRE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS DANS LE
MÊME ENVOI À:**

Bon Secours Programme d'aide financière
P.O. Box 742431
Atlanta, GA 30374-2431

I. Revenu familial

Le montant de votre revenu mensuel de toutes les sources de la liste. Vous devrez peut-être vous fournir la preuve des revenus, avoirs et dépenses. Si vous n'avez aucun revenu, veuillez fournir une lettre de soutien de la personne qui fournit à votre logement et les repas.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite/retraite	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Avantages de l'assistance publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations aux anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenu de propriété locative	_____
Avantages de la grève	_____
Allotissement militaire	_____
Ferme ou travailleur autonome	_____
Autre source de revenu	_____
Total	_____

II. Actifs liquides

	Solde actuel
La vérification de compte	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, CD ou instruments du marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs

Si vous possédez un des éléments suivants, indiquez le type et la valeur approximative.

Domicile	Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Automobile	Faire _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Faire _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Faire _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autres biens		Valeur approximative _____
Total		_____

IV. Dépenses mensuelles

	Montant
Loyer ou hypothèque	_____
Utilitaires	_____
Paiement de voiture (s)	_____
Crédit	_____
Assurance auto	_____
D'assurance maladie	_____
Autres frais médicaux	_____
Autres dépenses	_____
Total	_____

Vous avez toute autres factures médicales impayées ? Oui Non

Pour quel service ? _____

Si vous avez organisé un plan de paiement, ce qui est du paiement mensuel ? _____

Si vous demandez que l'hôpital s'étendent à une aide financière supplémentaire, l'hôpital peut demander des renseignements supplémentaires afin de rendre une décision supplémentaire. En signant ce formulaire, vous certifiez que les renseignements fournis sont vrais et acceptez d'en informer l'hôpital de tout changement apporté aux renseignements fournis dans les dix jours du changement.

Signature du demandeur

Date

Relation au Patient