

Maryland State einheitliche finanzielle Unterstützung Anwendung

Informationen über Sie

Name _____
Vorname Zweiter Vorname Nachname

Sozialversicherungsnummer _____-_____-_____

Familienstand : Einzelne Verheiratet Getrennt

US-Bürger : Ja Nein

Permanent Resident: Ja Nein

Anschrift _____

Telefon _____

Stadt

Zustand

Postleitzahl

Land

Name des Arbeitgebers _____

Telefon _____

Adresse Büro _____

Stadt

Zustand

Postleitzahl

Haushaltsmitglieder :

_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung
_____	_____	_____
Name	Alter	Beziehung

Haben Sie für medizinische Hilfe Ja Nein

Wenn ja, was war das Datum, an dem sie angewandt? _____

Wenn ja, was war die Bestimmung? _____

Erhalten Sie jede Art von Staat oder Grafschaft Hilfe? Ja Nein

ANTRAGSTELLER MÜSSEN ALLE ERFORDERLICHE UNTERLAGEN IN DEN GLEICHEN VERTEILER AUF:

Bon Secours Financial Assistance Program
P.O. Box 742431
Atlanta, GA 30374-2431

I. Familie Einkommen

Liste der Höhe Ihres monatlichen Einkommens aus allen Quellen. Möglicherweise müssen Sie einen Nachweis über Einkommen, Vermögen und Kosten. Wenn Sie kein Einkommen haben, stellen Sie bitte ein Unterstützungsschreiben von der Person, die ihre Unterkunft und Verpflegung.

	Monatlicher Betrag
Beschäftigung	_____
Rente/Altersversorgung	_____
Zu den Leistungen der sozialen Sicherheit	_____
Sozialleistungen	_____
Erwerbsunfähigkeitsrenten	_____
Leistungen bei Arbeitslosigkeit	_____
Veteranen Vorteile	_____
Alimente	_____
Mietwagen Vermögenseinkommen	_____
Strike Vorteile	_____
Militärische Zuteilung	_____
Bauernhof oder Selbständigkeit	_____
Andere Einnahmequelle	_____
Gesamt	_____

Ii. Flüssige Mittel

	Aktuelle Bilanz
Girokonto	_____
Sparkonto	_____
Aktien, Anleihen, CD oder Geldmarkt	_____
Andere Konten	_____
Gesamt	_____

Iii. Sonstige Vermögenswerte

Wenn Sie eines der folgenden Elemente, listen Sie bitte die Art und den ungefähren Wert.

Home Loan Balance _____	Der ungefähre Wert _____
Automobil _____ Machen _____ Jahr _____	Der ungefähre Wert _____
Zusätzliches Fahrzeug _____ Machen _____ Jahr _____	Der ungefähre Wert _____
Zusätzliches Fahrzeug _____ Machen _____ Jahr _____	Der ungefähre Wert _____
Andere Eigenschaft _____	Der ungefähre Wert _____
Gesamt	_____

Iv. Monatliche Kosten

	Betrag
Mieten oder MortgAlter	_____
Dienstprogramme	_____
Auto Zahlung(en)	_____
Kreditkarte(n)	_____
Auto Versicherung	_____
Krankenversicherung	_____
Andere medizinische Kosten	_____
Sonstige Aufwendungen	_____
Gesamt	_____

Haben Sie noch andere unbezahlte medizinische Rechnungen? Ja Nein

Für welchen Service? _____

Wenn Sie eine Zahlung Plan angeordnet, was ist die monatliche Zahlung? _____

Wenn Sie anfordern, dass das Krankenhaus verlängern zusätzliche finanzielle Unterstützung, das Krankenhaus kann zusätzliche Informationen anfordern Um eine ergänzende Bestimmung. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigen Sie, dass die Informationen zutreffend ist und stimmen zu benachrichtigen sie das Krankenhaus von Änderungen an den bereitgestellten Informationen innerhalb von zehn Tagen nach der Änderung.

Antragsteller Unterschrift

Datum

Beziehung zum Patienten