

Έντυπο αίτησης για οικονομική ενίσχυση της Πολιτείας Μέριλαντ
Πληροφορίες σχετικά με σας

Όνομα _____
Όνομα Μεσαίο όνομα Επώνυμο

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης _____ - _____ - _____ ογενειακή κατάσταση: Άγαμος(η) Παντρεμένος(η) Σε διάσταση
Πολίτης Ηνωμένων Πολιτειών: Ναι Όχι Μόνιμος κάτοικος: Ναι Όχι

Διεύθυνση οικείας _____ Τηλέφωνο _____

_____ Πόλη Πολιτεία Ταχυδρομικός κώδικας Χώρα

Όνομα εργοδότη _____ Τηλέφωνο _____

Διεύθυνση εργασίας _____

_____ Πόλη Πολιτεία Ταχυδρομικός κώδικας

Μέλη οικογένειας:

Όνομα	Ηλικία	Σχέση
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Έχετε υποβάλει αίτηση για Ιατρική Βοήθεια; Ναι Όχι

Αν ναι, ποια ημερομηνία υποβάλλατε την αίτηση; _____

Αν ναι, ποια ήταν η απόφαση; _____

Μήπως λαμβάνετε κάποιο είδος βοήθειας από το κράτος ή την επαρχία; Ναι Όχι

ΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΟΛΑ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

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

I. Οικογενειακό εισόδημα

Αναγράψτε το ποσό του μηνιαίου εισοδήματός σας από όλες τις πηγές. Μπορεί να σας ζητηθεί να προσκομίσετε αποδείξεις εισοδήματος, περιουσιακών στοιχείων και εξόδων. Αν δεν έχετε κανένα εισόδημα, παρακαλούμε προσκομίστε μια επιστολή υποστήριξης από το άτομο που σας παρέχει στέγαση και φαγητό.

	Μηνιαίο ποσό
Απασχόληση	_____
Παροχές σύνταξης	_____
Παροχές κοινωνικής ασφάλισης	_____
Παροχές δημόσιας ενίσχυσης	_____
Παροχές λόγω αναπηρίας	_____
Παροχές λόγω ανεργίας	_____
Παροχές από στρατού	_____
Επίδομα διατροφής	_____
Εισόδημα ενοικίων	_____
Παροχές απεργών	_____
Στρατιωτική παροχή	_____
Φάρμα ή αυτοαπασχόληση	_____
Άλλη πηγή εισοδήματος	_____
Σύνολο	_____

II. Ρευστά περιουσιακά στοιχεία

	Τρέχων υπόλοιπο
Τρεχούμενος λογαριασμός	_____
Λογαριασμός ταμειυτηρίου	_____
Μετοχές, Ομόλογα, Πιστοποιητικό καταθέσεων ή χρηματαγοράς	_____
Λοιποί λογαριασμοί	_____
Σύνολο	_____

III. Λοιπά περιουσιακά στοιχεία

Αν έχετε στην κατοχή σας οποιοδήποτε από τα παρακάτω στοιχεία, παρακαλούμε αναγράψτε το είδος και την κατά προσέγγιση αξία του.

Σπίτι	Δανειακό υπόλοιπο _____	Κατά προσέγγιση αξία _____
Αυτοκίνητο	Κατασκευαστής _____ Έτος _____	Κατά προσέγγιση αξία _____
Επιπλέον όχημα	Κατασκευαστής _____ Έτος _____	Κατά προσέγγιση αξία _____
Επιπλέον όχημα	Κατασκευαστής _____ Έτος _____	Κατά προσέγγιση αξία _____
Λοιπά περιουσιακά στοιχεία		Κατά προσέγγιση αξία _____
	Σύνολο	_____

IV. Μηνιαία έξοδα

	Ποσό
Ενοίκιο ή Υποθήκη	_____
Επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας	_____
Πληρωμή(ές) αυτοκινήτου	_____
Πιστωτική(ές) κάρτα(ες)	_____
Ασφάλεια αυτοκινήτου	_____
Ασφάλεια υγείας	_____
Λοιπά ιατρικά έξοδα	_____
Λοιπά έξοδα	_____
Σύνολο	_____

Μήπως έχετε κάποιον απλήρωτο ιατρικό λογαριασμό; Ναι Όχι

Για ποια υπηρεσία; _____

Αν έχετε ορίσει κάποιο σχέδιο πληρωμής, ποιο είναι το μηνιαίο ποσό πληρωμής; _____

Αν ζητήσετε από το νοσοκομείο παράταση επιπρόσθετης χρηματοδοτικής ενίσχυσης, το νοσοκομείο ενδέχεται να ζητήσει επιπλέον πληροφορίες προκειμένου να λάβει μια συμπληρωματική απόφαση. Υπογράφοντας το παρόν έντυπο, βεβαιώνετε ότι οι πληροφορίες που παρέχετε είναι αληθείς και συμφωνείτε να ειδοποιησετε το νοσοκομείο σε περίπτωση αλλαγής των πληροφοριών που έχετε προσκομίσει εντός 10 ημερών από την αλλαγή.

Υπογραφή αιτούντος

Ημερομηνία

Σχέση με τον ασθενή