

Maryland State Uniform Financial Assistance Application

Informacje na temat użytkownika

Imię _____
Pierwsze _____ Drugie _____ Nazwisko _____

Numer Pesel _____ - _____ - _____ Stan cywilny: Wolny Zameżny W separacji
Obywatel USA: Tak Nie Stały lokator: Tak Nie

Adres domowy _____ Telefon _____

Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Nazwa pracodawcy _____ Telefon _____

Adres miejsca pracy _____

Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Członkowie gospodarstwa domowego:

Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____
Imię _____	Wiek _____	Pokrewieństwo _____

Czy wnioskowałeś o Wsparcie Medyczne Tak Nie

Jeśli tak, to jaka była data wnioskowania? _____

Jeśli tak, to jaka była decyzja? _____

Czy otrzymujesz jakiegokolwiek wsparcie stanowe lub krajowe? Tak Nie

KANDYDACI MUSZĄ ZŁOŻYĆ WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY W TEJ SAMEJ POCZCIE DO :

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

I. Dochód rodziny

Skataloguj wysokość twoich miesięcznych dochodów ze wszystkich źródeł. Możesz zostać poproszony o dostarczenie dowodu dochodu, majątku oraz kosztów. Jeśli nie masz dochodu, prosimy dostarczyć list poparcia od osoby udzielającej tobie schronienia i dostarczającej posiłki.

	Miesięczna kwota
Zatrudnienie	_____
Zasiłki emerytalne/rentowe	_____
Zasiłki ze świadczeń socjalnych	_____
Zasiłki z pomocy społecznej	_____
Zasiłki inwalidzkie	_____
Zasiłki dla bezrobotnych	_____
Zasiłki dla weteranów	_____
Alimenty	_____
Przychód z wynajmu nieruchomości	_____
Zasiłki strajkowe	_____
Przydział wojskowy	_____
Gospodarstwo lub samozatrudnienie	_____
Inne źródło dochodu	_____
Calkowite	_____

II. Aktywa płynne

	Aktualny bilans
Rachunek czekowy	_____
Rachunek oszczędnościowy	_____
Akcje, obligacje, CD, lub rynek pieniężny	_____
Inne konta	_____
Calkowite	_____

III. Inne aktywa

Jeśli jesteś posiadaczem jednego z następujących przedmiotów, prosimy o podanie rodzaju i przybliżonej wartości.

Strona główna	Bilans pożyczki _____	Przybliżona wartość _____
Samochód	Produkcja _____ rok _____	Przybliżona wartość _____
Dodatkowy pojazd	Produkcja _____ rok _____	Przybliżona wartość _____
Dodatkowy pojazd	Produkcja _____ rok _____	Przybliżona wartość _____
Inne nieruchomości		Przybliżona wartość _____
Calkowite		_____

IV. Miesięczne wydatki

	Kwota
Czynsz lub kredyt hipoteczny	_____
Media	_____
Opłata(y) za auto	_____
Karta(y) kredytowe	_____
Ubezpieczenie samochodu	_____
Ubezpieczenie zdrowotne	_____
Pozostałe koszty leczenia	_____
Pozostałe koszty	_____
Calkowite	_____

Czy masz jakieś inne nieopłacone rachunki medyczne? Tak Nie

Za jaką usługę? _____

Jeśli ułożyłeś plan płatności, jaka jest miesięczna płatność? _____

Jeśli poprosisz, aby szpital wydłużył dodatkową pomoc finansową, szpital może zażądać dodatkowych informacji w celu wykonania dodatkowych ustaleń. Podpisując niniejszy formularz, oświadczasz, że podana informacja jest prawdziwa i wyrażasz zgodę, aby powiadomić szpital o wszelkich zmianach w stosunku do informacji zawartych, w ciągu 10 dni od zmiany.

Podpis wnioskodawcy

Data

Pokrewieństwo wobec pacjenta

