

Struttura _____ Conto # _____

Cognome Paziente _____ Nome _____ MI _____

SS# _____ Data di Nascita _____ Stato civile _____ Telefono# _____

Indirizzo Paziente _____

Datore di lavoro _____ Coniuge del datore di lavoro _____

Familiari (Elencare coniuge e figli a carico sotto i 18 anni, o come elencato sulle vostre tasse e la data (e) di nascita):

<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>
1. _____ / _____	4. _____ / _____		
2. _____ / _____	5. _____ / _____		
3. _____ / _____	6. _____ / _____		

I RICHIEDENTI DEVONO INVIARE TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI ALLA STESSA MAIL A:

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

Si prega di rispondere a ogni domanda e fornire le informazioni richieste

**I PAZIENTI NON ASSICURATI DEVONO PARTECIPARE ALLA NOSTRA AMMISSIBILITA' ASSICURAZIONE FORNITORE
PRIMA DI RICEVERE ASSISTENZA**

LE DECISIONI SARANNO PRESE ENTRO 60 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA DOMANDA COMPILATA E LA
PARTECIPAZIONE CON IL NOSTRO FORNITORE

Rispondere a tutte le domande elencate qui di seguito	Se SI', si prega di fornire quanto segue per OGNI membro della famiglia che riceve il beneficio.
Qualche familiare è un lavoratore autonomo ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Modulo (i) FISCALE COMPLETO comprese imposte commerciali dell'anno fiscale più recente e ultima presentazione reddito trimestrale elenco reddito per trimestre
Qualche familiare è impiegato ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	3 buste paga più recenti o lettera firmata del datore di lavoro
Qualche familiare riceve l' indennità di disoccupazione ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera beneficio o stampa disoccupazione dal sito web statale
Qualche familiare riceve la previdenza sociale ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera beneficio SS o estratto conto bancario completo se con deposito diretto
Qualche membro della vostra famiglia riceve la Pensione o il Pensionamento ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera di pensione/pensionamento o estratto conto bancario completo se con deposito diretto
Qualche membro della vostra famiglia riceve benefici SNAP ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera SNAP
Qualche membro della vostra famiglia riceve un Mantenimento figli ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Documento ordinato dal tribunale o lettera dal genitore non affidatario
Qualche membro della vostra famiglia possiede un affitto o un investimento immobiliare ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Contratto di locazione / documentazione dichiarazione importo del reddito
Qualche membro della vostra famiglia ha altre fonti di reddito ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Azioni, obbligazioni, immobili aggiuntivo di CD, ecc ... Allegare dichiarazione (i) attuale
Qualche membro della vostra famiglia ha un conto corrente, conto di risparmio o conto mercato monetario ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Allegare copia completa della dichiarazione corrente di 30 giorni per <u>ogni</u> conto
NESSUN REDDITO: <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
Se i suoi familiari non dichiarano nessun reddito è necessario che la persona che fornisce vitto, alloggio, e le spese quotidiane firmi di seguito e indichi quale tipo di assistenza stanno fornendo	
Certifico che io (<i>nome</i>) _____ (<i>numero di telefono</i>) _____ fornisco vitto, alloggio e le spese quotidiane per il paziente indicato sopra e/o reddito di \$ _____ Assistenza mensile fornita: _____	
<i>Firma</i> _____	<i>Parentela</i> _____ <i>Data</i> _____

I candidati con un VISTO devono fornire una copia di tutte le assicurazioni, finanziarie, e / o le informazioni di patrocinio fornite per ottenere il VISTO.

>>>Continua<<<

**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

Cognome Paziente _____ Nome _____ MI _____

Lista valori beni personali

Reddito familiare annuo _____	CD (Valore in contanti) _____
Denaro in cassa / Denaro in Banca / conti risparmio / Affitto mensile _____	Residenza primaria (Valore in contanti) _____
_____	Altri immobili (Valore in contanti) _____
Pagamento mensile del mutuo _____	401k (Valore in contanti) _____

Il trattamento per questo servizio è dovuto ad un incidente? SI' _____ No _____ (Il programma di assistenza finanziaria non si applica al trattamento relativo agli infortuni sul lavoro, le procedure cosmetiche o procedure forfettarie, incidenti o altro trattamento per il quale si riceve un risarcimento per le spese mediche, dolore e sofferenza e altri danni).

Ha l'assicurazione sanitaria SI' NO (Se SI', si prega di fornire ulteriori informazioni qui di seguito)

1. Nome assicurazione _____ Nome del titolare polizza _____ Polizza# _____
2. Nome assicurazione _____ Nome del titolare polizza _____ Polizza# _____

Con la presente richiedo che Bon Secours Salute System Inc., prenda una decisione scritta della mia idoneità per l'assistenza finanziaria. Capisco che, se le informazioni che presento sono false, tale decisione può risultare in una negazione della mia domanda e che sono responsabile delle spese per i servizi forniti. Dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere, complete e corrette al meglio della mia conoscenza. Prendo atto che la cooperazione con il fornitore che esamina l'ammissibilità va presa in considerazione per l'assistenza finanziaria.

Commenti aggiuntivi

Firma della parte responsabile: _____ **Data:** _____

Bon Secours Health System Inc., si riserva il diritto di convalidare le informazioni riportate nella domanda di assistenza finanziaria, tali sforzi per convalidare il reddito personale o la sua assenza, saranno condotti in modo tale da mantenere la massima riservatezza e non generare in nessun modo rapporti da qualsiasi agenzia di ufficio di credito che potrebbe influenzare negativamente la privacy del richiedente.

Se ha bisogno di ulteriore assistenza, si rechi presso un consulente finanziario presso l'ospedale locale Bon Secours o chiami il nostro Servizio Clienti.

Richmond Locale 804-342-1500
 Numero verde 877-342-1500
 Lunedì - Venerdì 8:30-01:00 e 14:00-19:00