

Werk _____ Konto Nr. _____
 Nachname des Patienten _____ Vorname _____
 MI _____
 SS# _____ Geburtsdatum _____ Familienstand _____ phone# _____
 Patienten-Adresse _____
 Arbeitgeber _____ Ehegatte des Arbeitgebers _____

Familienmitglieder (Ehegatten und unterhaltsberechtigter Kinder Liste unter 18 Jahren, oder als auf ihre Steuern und Ihre(n) Datum der Geburt):

<i>Name</i>	<i>Geburtsdatum</i>	<i>Name</i>	<i>Geburtsdatum</i>
1. _____ / _____	4. _____ / _____		
2. _____ / _____	5. _____ / _____		
3. _____ / _____	6. _____ / _____		

Der Antragsteller muss alle erforderlichen Dokumente IN DER GLEICHEN MAILING AN:

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

Bitte beantworten Sie jede Frage und geben Sie die angeforderten Informationen

NICHT VERSICHERTE PATIENTEN MÜSSEN SICH MIT UNSERER VERSICHERUNG FÖRDERFÄHIGKEIT ANBIETER VOR, DIE HILFE
 ENTSCHEIDUNGEN WERDEN INNERHALB VON 60 TAGEN NACH ERHALT DES AUSGEFÜLLTEN ANTRAG UND DIE TEILNAHME MIT UNSEREN
 LIEFERANTEN

Bitte beantworten Sie alle Fragen aufgeführt	Wenn ja, geben Sie bitte die folgenden Punkte für jedes Mitglied des Haushalts erhalten.
Ist ein anderes Mitglied Ihres Haushalts selbständiger ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Komplette Steuerformular (s) einschließlich der Gewerbesteuern aus den jüngsten Steuerjahr und neuesten vierteljährlichen Einreichung Auflistung Einkommen für Quartal
Ist ein anderes Mitglied Ihres Haushalts beschäftigt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die 3 letzten gehaltsabrechnungen oder unterzeichneten Brief vom Arbeitgeber
Ist ein anderes Mitglied Ihres Haushalts Arbeitslosengeld ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Profitieren Sie schreiben oder Arbeitslosigkeit Ausdruck von Staat website
Ist ein anderes Mitglied Ihres Haushalts Sozialhilfeempfänger ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	SS zugute schreiben oder komplette Kontoauszug wenn direkt überwiesen.
Jedes Mitglied Ihres Haushalts erhalten eine Pension oder Rente ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pension/Rente schreiben oder komplette Kontoauszug wenn direkt überwiesen.
Jedes Mitglied Ihres Haushalts erhalten SNAP Vorteile ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	SNAP schreiben
Jedes Mitglied Ihres Haushalts erhalten ein Kind unterstützen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Das Gericht ordnete die Dokument oder Brief von Nichtaufsichtselternteil
Jedes Mitglied Ihres Haushalts eigenen Mietwagen oder Investment Property ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ?	Mietvertrag/dokumentation erträge Betrag
Jedes Mitglied Ihres Haushalts haben andere Einkommensquellen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktien, Anleihen, CD's zusätzliche Eigenschaft, etc... legen aktuelle Aussage(n)
Jedes Mitglied Ihres Haushalts haben eine Kontrolle, Einsparungen Oder Geldmarktkonto ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Befestigen Sie vollständige Kopie des aktuellen 30-tägige Aussage für <u>jedes</u> Konto
Kein Einkommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ihr Haushalt ist kein Einkommen, Sie müssen die Person, die ihre Nahrung, Obdach und Aufwand für das tägliche Leben Zeichen unten und angeben, welche Art von Hilfe sie bieten Ich bestätige, dass ich (<i>Name</i>) _____ (<i>Telefonnummer</i>) _____ Bereitstellung von Nahrungsmitteln, Notunterkünften und Aufwand für das tägliche Leben für die oben aufgeführten Patienten und/oder Einkommen von \$ _____ Monatliche Hilfe: _____ Unterschrift _____ Beziehung _____ Datum _____	

Bewerber für ein Visum müssen eine Kopie aller Versicherungs-, Finanz-, und/oder Sponsoring Informationen zu erhalten das Visum.

>>>Weiter<<<



BON SECOURS HEALTH SYSTEM
Finanzielle Unterstützung der Anwendung

Nachname des Patienten _____ Vorname _____ MI _____

Personal Asset Value List

Jährliches Haushaltseinkommen	_____	CD's (Barwert)	_____
Kassenbestand/Geld in der Bank/Einsparungen acct(s)	_____	Hauptwohnsitz (Barwert)	_____
Monatliche Miete	_____	Andere Immobilien (Barwert)	_____
Monatliche Hypothekenzahlung	_____	401K (Barwert)	_____

Die Behandlung war für diesen Service aufgrund eines Unfalls? Ja _____ Nr. _____ (Financial Assistance Program gelten nicht für die Behandlung in Bezug auf Arbeitsunfälle, **kosmetische Verfahren oder pauschale Verfahren, Unfälle oder andere Behandlung, für die sie eine Entschädigung erhalten für ihre Arztrechnungen, Schmerz und Leiden und andere Schäden**).

Sie haben Krankenkassen Ja Nein (Wenn ja, bitte geben Sie Informationen weiter unten)

1. Versicherung Name _____ Versicherungsnehmer Name _____ Politik # _____
2. Versicherung Name _____ Versicherungsnehmer Name _____ Politik # _____

Ich bestätige hiermit beantragen, dass Bon Secours Health Systems Inc., eine schriftliche Festlegung der meine Eignung für die finanzielle Unterstützung. Ich verstehe, dass, wenn die Informationen, die ich einreichen, ist bestimmt falsch zu sein, solche Entschlossenheit kann zu einem Denial-of-meine Bewerbung und dass ich haftet nicht für Gebühren für Dienste. Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben wahr, vollständig und richtig nach meinem besten Wissen. Ich erkenne an, dass die Zusammenarbeit mit der Förderfähigkeit screening Anbieter erforderlich ist, die für die finanzielle Unterstützung.

Weitere Kommentare

Unterschrift des Verantwortlichen: _____ **Datum:** _____

Bon Secours Health System, Inc., behält sich das Recht vor, die Informationen zu überprüfen, berichtet in der finanziellen Unterstützung Anwendung, solche Bemühungen zu validieren, das persönliche Einkommen oder Mangel davon, wird in einer solchen Art und Weise zu erhalten, die höchste Vertraulichkeit und in keiner Weise generieren einen Bericht von jedem Credit Bureau Agentur, könnte negative Auswirkungen auf die Privatsphäre des Antragstellers.

Wenn Sie weitere Hilfe benötigen, besuchen Sie bitte einen finanziellen Beistand bei Ihrem örtlichen Bon Secours Krankenhaus oder rufen Sie unseren Kundendienst.

Local Richmond 804-342-1500
Gebührenfrei 877-342-1500
Montag - Freitag 8:30 Uhr bis 1:00 Uhr und 2:00 Uhr bis 7:00 Uhr