

מערכת הבריאות של 'בון סקור' טופס להגשת בקשה לסייע כספי



תאריך משלוח _____

המיתקן _____ מס' חשבון _____
 החולה: שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם נוסף _____
 מס' ביטוח לאומי _____ תאריך לידה _____ מצב משפחתי _____ מס' טלפון _____
 כתובת החולה _____
 המעסיק _____ המעסיק של בן / בת הזוג _____

קרובי משפחה (יש לרשום את בן/ בת הזוג וילדים נתמכים עד גיל 18, או כפי שמופיע במסמך שלך, ותאריכי הולדתם):

שם	תאריך לידה	שם	תאריך לידה		
_____	_____/_____/____.	_____	_____/_____/____.	1.	
_____	_____/_____/____.	_____	_____/_____/____.	2.	
_____	_____/_____/____.	_____	_____/_____/____.	3.	

יש להגיש את כל המסמכים הנוגעים להגשת הבקשה באותו משלוח דואר:

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

אנא ענו לכבל השאלות, וספקו את המידע המבוקש
חולים לא מבוטחים צריכים להשתתף עם מוכר הזכויות לביטוח שלנו, לפני שיקבלו סיוע
 ההחלטות תתקבלנה תוך 60 יום מהתקבלות טופס הבקשה הממולא, וההשתתפות עם המוכר שלנו

נא לענות על כול השאלות המופיעות למטה	אם 'כן', נא לספק את הבאים עבור כל אנשי הבית המקבל את ההטבות
האם יש בן בית שהוא עצמאי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	טופסי מס ממולאים, כולל מסי עסקים משנת המס האחרונה, והרבעון המתויק האחרון, המונה את ההכנסה לרבעון
האם יש בן בית שהוא שכיר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3 תלושי שכר אחרונים, או מכתב חתום מאת המעביד
האם יש בן בית שמקבל דמי אבטלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מכתב על דמי אבטלה, או תדפיס של הקיצבה מאתר האינטרנט של המדינה
האם יש בן בית שמקבל קיצבה מביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מכתב מהביטוח הלאומי או דוח חשבון בנק אם מבוצעות הפקדות ישירות
האם יש בן בית שמקבל קיצבה או פנסיה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מכתב לגבי קיצבה / פנסיה או דוח חשבון בנק אם מבוצעות הפקדות ישירות
האם יש בן בית שמקבל עזרה במסגרת תכנית התזונה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מכתב מהתכנית לסייע בתזונה
האם יש בן בית שמקבל דמי מזונות ילדים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מסמך של צו בית משפט או מכתב מהורה שלא קיבל משמורת
האם יש בן בית בעלים של נכס מניב (שכירות או השקעה)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	חוזה השכרה / מסמך שבו מופיע סכום ההכנסה
האם יש בן בית שיש לו מקורות הכנסה נוספים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מניות, אופציות, נכסים נוספים CD וכו' יש לצרף דוחות שוטפים
האם יש בן בית שיש לו חשבון עו"ש, חיסכון, או בשוק הכספים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	נא להגיש העתק של דוח לכל אחד מהחשבונות, לתקופת 30 יום השוטפים
אין הכנסה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
אם אין למשק הבית שום מקור הכנסה, עליך להחתים למטה את האדם המספק לך מזון, קורת גג ודמי מחיה שוטפים, ולציין איזה סוג של סיוע הוא מעניק	
אני מאשר/ת בזאת שאני (שם) _____ (מס' טלפון) _____ מספק/ת מזון קורת גג ודמי מחיה שוטפים עבור החולה הנזכר למעלה, ו/או הכנסה בסך \$ _____ לחודש _____ הסייע המוגש: _____ חתימה _____ מערכת היחסים _____ תאריך _____	

מגישי בקשה השוהים בתוקף ויזה צריכים להגיש העתקים מכל המידע הנוגע לביטוח, פיננסים ו/או מימון שהוגש כדי לקבל את הוויזה.

מערכת הבריאות של 'בון סקור' טופס להגשת בקשה לסיוע כספי

החולה: שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם שני _____

רשימה של ערכי נכסים אישיים

הכנסה שנתית של משק הבית _____ CD (ערך במזומן) _____
מזומנים / כסף בבנק / חשבון/ות חיסכון _____ בית מגורים ראשי (ערך במזומן) _____
שכירות חודשית _____ נדל"ן נוסף (ערך במזומן) _____
תשלום משכנתא חודשי _____ K401 (ערך במזומן) _____

האם הטיפול שקיבלת במיתקן זה נבע מתאונה? כן _____ לא _____ (תכנית הסיוע הפיננסי אינה חלה על טיפולים הקשורים לפציעות עבודה, פרוצדורות קוסמטיות או פרוצדורות במחיר אחיד, תאונות או טיפולים אחרים שעבורם מקבלים פיצויים תמורת החשבונות על שירותים רפואיים, כאב וסבל ונזקים נוספים).

האם יש לך ביטוח בריאות כן לא (אם 'כן', נא לספק מידע נוסף למטה)

1. שם הביטוח _____ שם בעל הפוליסה _____ מס' הפוליסה _____
2. שם הביטוח _____ שם בעל הפוליסה _____ מס' הפוליסה _____

אני מבקש בזאת, ש- Bon Secours Health System Inc. תוציא החלטה בכתב לגבי זכאותי לסיוע פיננסי. אני מבין/נה שאם המידע שאני מספק/ת יימצא שקרי, ההחלטה הזאת עלולה להסתיים בסירוב לבקשת הסיוע שלי, ושאני עלולה להיות מחויב תמורת הוצאות השירותים שקיבלתי. אני מאשר/ת בזאת שהמידע המובא למעלה נכון, מלא ותקין, למיטב ידיעתי. אני מכיר בכך שעליי לשתף פעולה עם המוכר של בדיקת הזכאות, כדי שישקלו את זכאותי לקבלת הסיוע הפיננסי.

הערות נוספות

חתימת הצד האחראי: _____ תאריך: _____

Bon Secours Health System Inc שומרת לעצמה את הזכות לאמת מידע שמופיע בטופס הבקשה לסיוע פיננסי. הפעולות שתיעשינה לאימות הכנסה אישית או היעדרה, תיערכנה באופן כזה שישמור על סודיות מוחלטת. בשום אופן לא ייערך דוח כלשהו על ידי סוכנות אשראי כלשהי, שעלול להשפיע באופן שלילי על הפרטיות של מגיש הבקשה.

אם את/ה זקוק/ה לסיוע נוסף, אנא פנו ליועץ פיננסי בבית החולים המקומי של "בון סקור", או התקשרו בטלפון למחלקת שירות הלקוחות שלנו.

מס' מקומי ריצ'מונד 804-342-1500
מס' לשיחת חינם 877-342-1500
שני – שישי 8:30 בבוקר עד 1:00 אחה"צ, ומ-2:00 אחה"צ עד 7:00 אחה"צ