

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 <b>OGNI</b> membro della famiglia che riceve il beneficio.
Qualche familiare è un <b>lavoratore autonomo</b> ? <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 <b>impiegato</b> ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	3 buste paga più recenti o lettera firmata del datore di lavoro
Qualche familiare riceve l' <b>indennità di disoccupazione</b> ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera beneficio o stampa disoccupazione dal sito web statale
Qualche familiare riceve la <b>previdenza sociale</b> ? <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 <b>Pensione o il Pensionamento</b> ? <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 <b>benefici SNAP</b> ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Lettera SNAP
Qualche membro della vostra famiglia riceve un <b>Mantenimento figli</b> ? <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 <b>affitto o un investimento immobiliare</b> ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Contratto di locazione / documentazione dichiarazione importo del reddito
Qualche membro della vostra famiglia ha <b>altre fonti di reddito</b> ? <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 <b>conto corrente, conto di risparmio o conto mercato monetario</b> ? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Allegare copia completa della dichiarazione corrente di 30 giorni per <u>ogni</u> conto
<b>NESSUN REDDITO:</b> <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	
<i>Certifico che io (nome) _____ (numero di telefono) _____</i> <i>fornisco vitto, alloggio e le spese quotidiane per il paziente indicato sopra e/o reddito di \$ _____ Assistenza</i> <i>mensile</i> <i>fornita: _____</i>	
<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<<<

