

Obiekt _____ Konto # _____
 Nazwisko pacjenta _____ Imię pacjenta _____ MI _____
 SS# _____ Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Telefon# _____
 Adres pacjenta _____
 Pracodawca _____ Pracodawca małżonka(i) _____

Członkowie rodziny (Prosimy o wskazanie małżonka(i) oraz nie samodzielnych dzieci w wieku poniżej 18 lat, lub tak jak są wskazani w rozliczeniu podatkowym oraz ich data(y) urodzenia):

Imię	Data urodzenia	Imię	Data urodzenia
1. _____ / _____	_____ / _____	4. _____ / _____	_____ / _____
2. _____ / _____	_____ / _____	5. _____ / _____	_____ / _____
3. _____ / _____	_____ / _____	6. _____ / _____	_____ / _____

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

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

Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie I podać wymagane informacje

**NIE UBEZPIECZENI PACJENCI MUSZĄ UCZESTNICZYĆ W NASZEJ FAZIE KWALIFIKACJI U SPRZEDAWCY
 UBEZPIECZENIA PRZED OTRZYMANIEM POMOCY**

DECYZJE ZOSTANĄ WYDANE W CIĄGU 60 DNI OD OTRZYMANIA POTWIERDZENIA WYPEŁNIONEGO WNIOSKU ORAZ UCZESTNICTWA
 NASZEGO DOSTAWCY

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania	Jeśli TAK, prosimy podać następujące dane dla KAŻDEGO członka gospodarstwa otrzymującego świadczenie.
Czy ktoś z domowników jest samozatrudniony ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Wypełnij formularz(e) podatkowy(e), w tym podatki firmowe z ostatniego roku podatkowego i najnowsze operacje kwartalne na rachunku dochodowym za kwartał
Czy ktoś z domowników jest zatrudniony ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	3 najbardziej aktualne odcinki czekowe lub podpisany list od pracodawcy
Czy ktoś z domowników otrzymuje zasilek dla bezrobotnych ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	List świadczeniowy lub wydruk odnośnie bezrobocia pobrany z państwowej strony internetowej
Czy ktoś z domowników otrzymuje ubezpieczenie społeczne ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	List świadczeniowy SS lub pełny wyciąg bankowy, jeśli bezpośrednio złożone
Czy ktoś z domowników otrzymuje emeryturę ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	List odnośnie renty/emerytury lub pełny wyciąg bankowy, jeśli bezpośrednio złożone
Czy ktoś z domowników otrzymuje świadczenia SNAP ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	List SNAP
Czy ktoś z domowników otrzymuje alimenty ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dokument nakazowy sądu lub pismo ze strony rodzica nie sprawującego opiekę
Czy ktoś z domowników posiada własną inwestycję lub wynajem nieruchomości ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Umowa najmu/dokumentacja przedstawiająca kwotę dochodu
Czy ktoś z domowników posiada inne źródła dochodu ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Akcje, obligacje, dodatkowe własności CDA itd. Prosimy o załączenie aktualnych oświadczeń
Czy ktoś z domowników posiada czeki, oszczędności lub konto na rynku finansowym ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dołącz kompletną kopię aktualnego 30 dniowego wyciągu dla <u>każdego</u> konta
BEZ DOCHODU: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli twoje gospodarstwo nie ma dochodu, powinieneś mieć wsparcie w osobie dostarczającej Ci pożywienie, schronienie oraz pokrywającej wydatki dnia codziennego podpisanej poniżej i określić, jaki typ wsparcia ona oferuje. Oświadczam, że ja (<i>imię I nazwisko</i>) _____ (<i>numer telefonu</i>) _____ dostarczam pożywienie, schronienie oraz pokrywam wydatki dnia codziennego pacjentowi wymienionemu wyżej, włącznie ze wsparciem finansowym w kwocie \$ _____ Miesięcznie Dostarczone wsparcie: _____ Podpis _____ Pokrewieństwo _____ Data _____	

Osoby ubiegające się o wizę muszą dostarczyć kopię wszystkich informacji na temat towarzystw ubezpieczeniowych, finansowych i/lub sponsoringu w celu uzyskania wizy.

>>>>Dalej<<<<

Nazwisko pacjenta _____ Imię _____ MI _____

Spis imienny wartości aktywów

Roczny dochód w gospodarstwie	_____	CD's (Wartość gotówkowa)	_____
Gotówka bezpośr/Fundusze w banku/ ony oszczędnościowe	_____	Posiadłość gł (Wartość gotówkowa)	_____
Czynsz miesięczny	_____	Inna posiadłość (Wartość gotówkowa)	_____
Miesięczna płatność hipotekowa	_____	401k (Wartość gotówkowa)	_____

Czy to leczenie powstało w wyniku wypadku? TAK _____ NIE _____ **(Program wsparcia finansowego nie stosuje się do zabiegów związanych z pracą, zabiegami kosmetycznymi, lub procedurami ryczałtu, wypadku lub innego leczenia, za które otrzymasz odszkodowanie za własne recepty, ból i cierpienie oraz inne szkody)**

Czy posiadasz ubezpieczenie zdrowotne TAK NIE (Jeśli TAK, prosimy o dostarczenie poniżej dodatkowych informacji)

1. Nazwa ubezpieczyciela _____ Nazwa posiadacza polisy _____ Polisa# _____
2. Nazwa ubezpieczyciela _____ Nazwa posiadacza polisy _____ Polisa# _____

Niniejszym składam wniosek, by Bon Secours Health System Inc., wystosowało pisemne zapytanie odnośnie mojego uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej. Zrozumiałem, że jeśli informacje, które dostarczam okażą się być nieprawdziwe, takie określenie może spowodować odmowę mojej aplikacji, i że mogę być zobowiązany do opłaty za świadczone usługi. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe, kompletne i najbardziej zgodne z moją wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że współpraca z zakwalifikowanym sprzedawcą jest wymagana, aby móc być brany pod uwagę w kwestii pomocy finansowej.

Dodatkowe komentarze

Podpis strony odpowiedzialnej: _____ **Data:** _____

Bon Secours Health System Inc., zastrzega sobie prawo do sprawdzania poprawności informacji przekazywanych we wniosku o pomoc finansową, takie kroki mające na celu weryfikację osobistego dochodu lub jego brak, będą prowadzone w taki sposób, aby utrzymywać najwyższą poufność i w żaden sposób nie generować dowolnych raportów przez żadną agencję rządową, które mogą negatywnie wpłynąć na zachowanie prywatności wnioskodawcy.

Jeśli potrzebujesz dodatkowej pomocy, odwiedź doradcę finansowego w twoim szpitalu Bon Secours lub skontaktuj się z naszym Działem Obsługi Klienta.

Local Richmond 804-342-1500
Numer bezpłatny 877-342-1500
Poniedziałek – Piątek od 8:30 do 13:00 oraz od 14:00 do 19:00