

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA LUB WNIOSKODAWCY: _____

ADRES: _____

MIASTO: _____ STAN: _____ KOD POCZTOWY: _____

TEL.: _____ STAN CYWILNY: _____

DATA USŁUGI: _____

NUMER KONTA: _____

CSN: _____

SZPITAL: _____

PONIŻSZE POLA NALEŻY WYPEŁNIĆ DO CELÓW ANALIZY WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ. NALEŻY PAMIĘTAĆ, ŻE PRZED OTRZYMANIEM POMOCY PACJENCI NIEUBEZPIECZENI MUSZĄ UCZESTNICZYĆ W PROGRAMIE UBEZPIECZENIOWYM U NASZEGO SPRZEDAWCY. DECYZJE ZOSTANĄ PODJĘTE W CIĄGU 90 DNI OD OTRZYMANIA WYPEŁNIONEGO WNIOSKU I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE UBEZPIECZENIOWYM U NASZEGO SPRZEDAWCY.

NAZWISKO	ZWIĄZEK Z PACJENTEM	DATA URODZENIA	DOCHÓD CAŁKOWITY BRUTTO Z OSTATNICH 3 MIESIĘCY PRZED DATA USŁUGI	DOCHÓD CAŁKOWITY BRUTTO Z OSTATNICH 12 MIESIĘCY PRZED DATA USŁUGI	ŹRÓDŁO DOCHODÓW NAZWA PRACODAWCY (PODAĆ, JEŚLI PACJENT JEST UCZNIEM)
	SAMOZATRUDNIENIE				

1. JEŚLI PACJENT ZGŁASZA ZEROWY DOCHÓD, Z CZEGO JEST UTRZYMYWANY? _____
2. STAN, W KTÓRYM PACJENT MIESZKAŁ W CZASIE WIZYTY _____
3. CZY PACJENT WNIOSKOWAŁ O POMOC MEDICAID LUB INNĄ POMOC W HRABSTWIE? NIE TAK (DATA/STAN _____)
4. CZY W DNIU USŁUGI PACJENT POSIADAŁ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE? NIE TAK (DO NINIEJSZEGO WNIOSKU DODAĆ KOPIĘ KARTY)
5. CZY DATA USŁUGI BYŁA ZWIĄZANA Z WYPADKIEM SAMOCHODOWYM? NIE TAK (NAZWA UBEZPIECZENIA/WNIOSEK NR _____)
6. CZY KTOŚ Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO PACJENTA POSIADA RACHUNEK CZEKOWY LUB OSZCZĘDNOŚCIOWY?
 NIE TAK (WARTOŚĆ _____)
7. CZY KTOŚ Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO PACJENTA MA INNE AKTYWA? NIE TAK (RODZAJ/WARTOŚĆ _____)
8. CZY PACJENT POSIADA NA WŁASNOŚĆ LUB WYNAJMUJE MIESZKANIE? POSIADAM NA WŁASNOŚĆ WYNAJMUJĘ INNE (_____)

W PRZYPADKU WYSZCZEGÓLNIONYCH POWYŻEJ AKTYWÓW DOCHODOWYCH NALEŻY PODAĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE DOTYCZĄCE KAŻDEGO CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

(prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIE = DOCHÓD Z 3 LUB 12 MIESIĘCY | <input type="checkbox"/> SAMOZATRUDNIENIE = WYPEŁNIĆ FORMULARZE PODATKOWE, W TYM ZAŁĄCZNIK C |
| <input type="checkbox"/> BEZROBOCIE = DECYZJA O PRYZNANIU ZASIĘKU | <input type="checkbox"/> ALIMENTY NA RZECZ DZIECKA = NAKAZ SĄDU |
| <input type="checkbox"/> POMOC SPOŁECZNA = DECYZJA O PRYZNANIU ZASIĘKU | <input type="checkbox"/> INNE = DOWÓD POTWIERDZAJĄCY INNY DOCHÓD, NP. DYWIDENDY, ODSETKI, DOCHÓD Z WYNAJMU |
| <input type="checkbox"/> EMERYTURA LUB RENTA = DECYZJA O PRYZNANIU ZASIĘKU | <input type="checkbox"/> RACHUNEK CZEKOWY/ OSZCZĘDNOŚCIOWY = AKTUALNE ZESTAWIENIE Z 30 DNI Z KAŻDEGO RACHUNKU |

POŚWIADCZENIE: SKŁADAJĄC PODPIS NA NINIEJSZYM DOKUMENCIE, POŚWIADCZAM, ŻE PODANE NA WNIOSKU ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. JEŻELI ANALIZA WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ WYKAZAŁA, ŻE INFORMACJE PODANE NA WNIOSKU SĄ NIEPRAWDZIWE LUB FAŁSZYWE, DECYZJA W SPRAWIE PRYZNANIA POMOCY FINANSOWEJ MOŻE BYĆ UCHYLONA, A OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZOSTANIE POCIĄGNIĘTA DO POKRYCIA KOSZTÓW. ROZUMIEM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE PODLEGAJĄ WERYFIKACJI PRZEZ SZPITAL, W TYM AGENCJE INFORMACJI KREDYTOWEJ, ORAZ SPRAWDZENIU PRZEZ AGENCJE FEDERALNE I/LUB STANOWE ORAZ W RAZIE KONIECZNOŚCI PRZEZ INNE ORGANY.

PODPIS PACJENTA: _____ DATA: _____

PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA: _____ ZWIĄZEK: _____ DATA: _____
(JEŚLI NIE JEST PACJENTEM)

WYPEŁNIONY WNIOSEK WRAZ Z DOKUMENTACJĄ PRZESŁAĆ NA ADRES:

Bon Secours Southside Regional Medical Center
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805