



Ascension Crittenton Hospital

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

INFORMACJE DLA PACJENTA (WYDRUKOWAC)

Nr rachunku:

Imię i nazwisko pacjenta:		Data urodzenia	Stan cywilny	Płeć		Nr tel.:
Adres:		Miejscowość	Stan	Kod ZIP	Adres e-mail	
Nr ubezpieczenia społecznego:	Pracodawca		Pełny etat Niepełny etat		Liczba godzin/tydz.	
Adres pracodawcy:		Miejscowość	Stan	Kod ZIP	Nr tel.:	

INFORMACJA O PŁATNIKU

Imię i nazwisko		Data urodzenia	Stan cywilny	Płeć		Nr tel.:
Adres		Stan		Kod ZIP	Adres e-mail	
Nr ubezpieczenia społecznego	Pracodawca		Pełny etat Niepełny etat		Liczba godzin/tydz.	
Adres pracodawcy		Miejscowość	Stan	Kod ZIP		Nr tel.:

INFORMACJA O PŁATNIKU

Imię i nazwisko współmałżonka		Nr ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia	
Pracodawca współmałżonka:	Adres:	Miejscowość	Stan	Kod ZIP	Nr tel.:

OSOBY NA UTRZYMANIU:

Imię i nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo	Imię i nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo

DOCHÓD MIESIĘCZNY BRUTTO

WYDATKI MIESIĘCZNE NA ŻYCIE

Płatność

Saldo

Dochody wnioskodawcy uzyskane z pracy		Hipoteka/ czynsz		
Dochody współmałżonka wnioskodawcy		Energia elektryczna		
Świadczenia ubezpieczenia społecznego		Gaz		
Dochody z emerytury		Telefon		
Zasiłek dla bezrobotnych		Woda		
Odszkodowania pracownicze		Artykuły spożywcze		
Odsetki/ dochody z dywidend		TV kablowa		
Alimenty na dziecko		Płatność za samochód		
Alimenty na byłego współmałżonka		Telefon komórkowy		
Dochód z wynajmu nieruchomości		Opieka dzienna		
Kupony na żywność		Alimenty na dziecko/współmałżonka		
Inne		Leki na receptę		
Inne		Karty kredytowe:		
DOCHÓD OGÓŁEM BRUTTO:	\$0	1.		
AKTYWA		2.		
Dostępna gotówka		3.		
Rachunek oszczędnościowy		Inny lekarz /		
Rachunek bieżący		Rachunki szpitalne:		
Certyfikaty depozytowe				
Papiery wartościowe				
Ubezpieczenie na życie				
Inne nieruchomości				
Inne		Wydatki na ubezpieczenia:		
Marka i model pojazdu:	Rok produkcji	Wartość		
Rozliczenia finansowe:		1. Samochód		
Ubezpieczenie na życie		2. Mienie		
Dziedziczenie		3. Medyczne/ na życie		
Inne		Spląty innych pożyczek:		
WARTOŚĆ AKTYWÓW OGÓŁEM:	\$0	1.		
UWAGI:		2.		
		Inne płatności comiesięczne:		
		cobra		
		Ubezpieczenie na życie		
		3.		
		WYDATKI MIESIĘCZNE OGÓŁEM:	\$0	\$0

Niniejszym zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, powyższe informacje są zgodne z prawdą i kompletne. Niniejszym upoważniam szpital do uzyskania informacji od zewnętrznych agencji informacji kredytowych, jeśli szpital uzna to za konieczne.

Data

Podpis pacjenta, współmałżonka, gwaranta lub przedstawiciela prawnego