



Ascension Crittenton Hospital

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ФИО пациента:				Дата рождения	Семейное положение	Пол	Номер счета	Номер телефона
Адрес:		Город	Штат	Индекс	Адрес электронной почты			
Номер соц. страхования:	Работодатель		Полная занятость Неполная занятость		К-во часов в неделю			
Адрес работодателя:		Город	Штат	Индекс	Номер телефона			

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЕ

ФИО				Дата рождения	Семейное положение	Пол	Номер телефона
Адрес		Штат	Индекс	Адрес электронной почты			
Номер соц. страхования	Работодатель		Полная занятость Неполная занятость		К-во часов в неделю		
Адрес работодателя		Город	Штат	Индекс	Номер телефона		

ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ

ФИО супруга/супруги			Номер социального страхования		Дата рождения
Работодатель супруга/супруги	Адрес:		Город	Индекс	Номер телефона

ЗАВИСИМЫЕ ЛИЦА:

ФИО	Возраст	Отношение	ФИО	Возраст	Отношение

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ВАЛОВЫЙ ДОХОД
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ
Оплата
Баланс

Трудовой доход заявителя		Ипотека/аренда		
Доход супруга/супруги заявителя		Электричество		
Пособие по социальному страхованию		Бензин		
Пенсия		Телефон		
Компенсация по безработице		Вода		
Пособие по нетрудоспособности		Продукты питания		
Доход по процентам/дивидендам		Кабельное телевидение		
Пособие на ребенка		Расходы на автомобиль		
Алименты		Мобильный телефон		
Доход от сдачи в аренду недвижимости		Детский сад		
Продовольственные талоны		Пособие на ребенка/алименты		
Прочее		Рецептурные лекарственные препараты		
Прочее		Кредитные карты:		
ОБЩИЙ ВАЛОВЫЙ ДОХОД:	\$0	1.		
		2.		
		3.		
АКТИВЫ		Другой врач/		
Наличные		Больничные счета:		
Сберегательный счет				
Расчетный счет				
Депозиты				
Ценные бумаги				
Страхование жизни				
Прочая недвижимость				
Прочее		Расходы на страхование:		
		1. Автомобиль		
		2. Имущество		
		3. Медицинское страхование/страхование жизни		
Транспортное средство/п	Год выпуска	Стоимость		
Финансовые расчеты:		Другие платежи по кредиту:		
Страхование жизни		1.		
		2.		
Наследство		Другие ежемесячные платежи:		
Прочее		Страхование по консолидированному всеобъемлющему закону «Об урегулировании бюджета» (COBRA)		
		Страхование жизни		
		3.		
ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ АКТИВОВ:	\$0	ОБЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ:	\$0	\$0

КОММЕНТАРИИ:

Настоящим подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и полной.
Настоящим разрешаю больнице при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Дата

Подпись пациента, супруга/супруги, поручителя или законного представителя