



Ascension Crittenton Hospital

PRIJAVA ZA FINANSIJSKU POMOĆ

INFORMACIJE O PACIJENTU (MOLIMO STAMPANIM SLOVIMA)

Br. računa

Ime i prezime pacijenta:		Datum rođenja	Bračni status	Pol		Telefonski broj
Adresa:		Grad	Država	Pošanski broj	E-mail adresa	
Broj socijalnog osiguranja:	Poslodavac			Na puno radno vreme Na pola radnog vremena		Broj sati/sedmično
Adresa poslodavca		Grad	Država	Pošanski broj		Telefonski broj

INFORMACIJE ODGOVORNE STRANKE

Ime i prezime		Datum rođenja	Bračni status	Pol		Telefonski broj
Adresa:			Država	Pošanski broj	E-mail adresa	
Broj socijalnog osiguranja:	Poslodavac			Na puno radno vreme Na pola radnog vremena		Broj sati/sedmično
Adresa poslodavca		Grad	Država	Pošanski broj		Telefonski broj

INFORMACIJE BRAČNOG DRUGA ODGOVORNE STRANKE

Ime i prezime bračnog druga		Broj socijalnog osiguranja:			Datum rođenja
Poslodavac bračnog druga	Adresa:	Grad	Država	Pošanski broj	Telefonski broj

Osobe koje uzdržava

Ime i prezime	Starost	Veza	Ime i prezime	Starost	Veza

MESEČNI BRUTO DOHODAK

Zarađeni dohodak podnositelja prijave	
Zarađeni dohodak bračnog druga podnositelja prijave	
Povlastice socijalnog osiguranja	
Dohodak od rente/mirovine	
Naknada za nezaposlene	
Naknada za radnike	
Dohodak od kamata / dividende	
Uzdržavanje deteta	
Alimentacija	
Prihod od najma nekretnina	
Bonovi za hranu	
Ostalo	
Ostalo	
UKUPNI BRUTO DOHODAK:	\$0

IMOVINA

Gotovina u ruci		
Štedni račun		
Čekovni račun		
Potvrde o depozitu		
Vrednosni papiri		
Životno osiguranje		
Ostali kapital u nekretninama		
Ostalo		
Vozilo / Marka i model:	Godina proizvodnje	Vrednost
Finansijske nagodbe:		
Životno osiguranje		
Nasledstvo		
Ostalo		
UKUPNA VREDNOST IMOVINE:		\$0

MESEČNI ŽIVOTNI TROŠKOVI

Hipoteka/najamnina		
Troškovi struje		
Gas		
Telefonski troškovi		
Troškovi vode		
Izdaci za namirnice		
Kabelska televizija		
Plaćanje za auto		
Mobilni telefon		
Vrtić		
Uzdržavanje deteta/Alimentacija		
Lekovi na recept		
Kreditne kartice		
1.		
2.		
3.		
Drugi lekar /		
Bolnički računi:		
Izdaci osiguranja:		
1. Automobilsko osiguranje		
2. Osiguranje nekretnine		
3. Zdravstveno / životno osiguranje		
Ostala plaćanja kredita:		
1.		
2.		
Ostala mesečna plaćanja:		
cobra		
Životno osiguranje		
3.		
UKUPNI MESEČNI IZDACI:	\$0	\$0

KOMENTARI:

Potvrđujem da su gore navedene informacije tačne i potpune prema mom najboljem saznanju. Ovime ovlašćujem bolnicu da prikupi informacije od vanjskih agencija za kreditno izveštavanje, ako to bolnica smatra potrebnim.

Datum

Potpis pacijenta, bračnog druga, jamca ili zakonskog predstavnika