



# Ascension

## Форма вторичного Заявления на получение финансовой помощи\*

\* Эту форму следует использовать только после заполнения пациентом формы Заявления на получение финансовой помощи и только после того, как будет определено, что доход пациента равен 201% от уровня FPL или выше.

### ТОЛЬКО для больниц Ascension St. Joseph и Standish!

#### Сведения о пациенте

(Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если это не применимо, в каждой отдельной строке заявления)

Дата \_\_\_\_\_ Номер пациента \_\_\_\_\_

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_ Дата

рождения \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_ Номер  
социального страхования (только для целей выставления счета и идентификации) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_

Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

#### Активы

Наличные / сбережения / текущие счета, долл. США \_\_\_\_\_

Акции / облигации / инвестиции / депозитные сертификаты, долл. США \_\_\_\_\_

Другая недвижимость / второе жилье, долл. США \_\_\_\_\_

Лодка / внедорожник / мотоцикл / транспортное средство для отдыха, долл. США \_\_\_\_\_

Коллекционные автомобили / автомобили не первой необходимости, долл. США \_\_\_\_\_

Прочие активы, долл. США \_\_\_\_\_