



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 _____