

Beaumont

MODULO ASSISTENZA FINANZIARIA

Istruzioni: Completare la domanda, restituirla entro 10 giorni e allegare copie di:

- Dichiarazioni dei redditi e programmi di sostegno
- Vantaggi di previdenza sociale (se presenti)
- In una pagina separata descrivere la propria necessità di assistenza finanziaria
- Buste paga (3 più recenti)
- Estratti conto bancari (dei 3 mesi più recenti/tutti i conti)
- Modello W-2 o dichiarazioni di disoccupazione

Informazioni sul paziente		
Nome del paziente	Data di nascita (MM/GG/AAAA)	
Indirizzo		
N. di previdenza sociale	Telefono ()	
Informazioni sulla parte responsabile		
Nome e indirizzo		
N. di previdenza sociale	Telefono ()	
Nome e indirizzo datore di lavoro		
Telefono ()		Occupazione
Durata impiego	Salario mensile	N. di dipendenti
Numero di patente		
Informazioni sul coniuge		
Nome e indirizzo		
N. di previdenza sociale	Telefono ()	
Nome e indirizzo datore di lavoro		
Telefono ()		Occupazione
Durata impiego	Salario mensile	N. di dipendenti
Nucleo familiare		
PERSONE A CARICO (se con più di 5 persone a carico, usare una pagina separata)		
Nome	Rapporto	Età

Informazioni assicurazione sanitaria				
Compagnia assicurativa	Indirizzo	Sottoscrittore	Data di ammissibilità	N. di polizza e gruppo
Beni / spese				
RESIDENZA	Canone mensile	Valore	Saldo	
Mutuo mensile/ Pagamento affitto	\$	\$	\$	
Seconda casa / casa vacanze	\$	\$	\$	
AUTO	Anno / marca	Canone mensile	Saldo	
Prima auto		\$	\$	
Seconda auto		\$	\$	
Informazioni aggiuntive sul reddito				
REDDITO FAMILIARE TOTALE	\$			
Mantenimento figli	\$	Alimenti	\$	
Compenso del lavoratore	\$	Disoccupazione	\$	
Previdenza sociale / disabilità	\$	Data / durata disoccupazione	\$	
Affitto	\$	Contratto terreni	\$	
Dividendi / interesse	\$	Fondo fiduciario	\$	
Assistenza pubblica	\$	Pensionamento/pensione	\$	
BANCA		Luogo		
<input type="checkbox"/> Saldo di verifica		<input type="checkbox"/> Saldo risparmi		

Il presente modulo deve essere completato per intero e tutti i documenti necessari sono stati allegati così che Beaumont possa stabilire se sono idoneo a ricevere assistenza finanziaria. Qualora non fosse completato, mi verrà inviata una richiesta scritta nella quale mi vengono fornite ulteriori informazioni e/o richiesti documenti necessari. Ho fornito informazioni precise e veritiere e accetto che Beaumont possa indagare in merito a tali informazioni e ottenere storici/report a riguardo.

Richiedente

Data

Solo per uso interno
ID ospedale paziente