

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
Nome	Rapporto	Età
Nome	Rapporto	Età
Nome	Rapporto	Età
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