

# Beaumont

## FORMULARZ POMOCY FINANSOWEJ

**Instrukcje:** Wypełniony wniosek należy odesłać w ciągu 10 dni z załączonymi kopiami:

- Zeznań podatkowych wraz z dokumentami uzupełniającymi
- Świadczeń społecznych (jeśli dotyczy)
- Na osobnej stronie należy opisać zapotrzebowanie dotyczące pomocy finansowej
- Pasków wynagrodzenia (3 ostatnie)
- Wyciągów bankowych (z ostatnich 3 miesięcy/ze wszystkich kont)
- Formularzy W-2 lub oświadczenia o braku zatrudnienia

Dane pacjenta			
Imię i nazwisko pacjenta		Data urodzenia (MM/DD/YYYY)	
Adres			
Nr ubezpieczenia społecznego		Telefon ( )	
Dane osoby odpowiedzialnej			
Imię i nazwisko oraz adres			
Nr ubezpieczenia społecznego		Telefon ( )	
Nazwa i adres pracodawcy			
Telefon ( )		Zawód	
Okres zatrudnienia	Miesięczne wynagrodzenie	Liczba osób na utrzymaniu	
Numer prawa jazdy			
Dane małżonka			
Imię i nazwisko oraz adres			
SNr ubezpieczenia społecznego		Telefon ( )	
Employer Name & Address			
Telefon ( )		Zawód	
Okres zatrudnienia	Miesięczne wynagrodzenie	Liczba osób na utrzymaniu	
Członkowie rodziny mieszkający w domu			
OSOBY NA UTRZYMANIU (jeśli liczba osób na utrzymaniu przekracza 5, należy użyć osobnej strony)			
Imię i nazwisko	Związek	Wiek	
Imię i nazwisko	Związek	Wiek	
Imię i nazwisko	Związek	Wiek	
Imię i nazwisko	Związek	Wiek	
Imię i nazwisko	Związek	Wiek	

Dane ubezpieczenia zdrowotnego				
Towarzystwo ubezpieczeniowe	Adres	Ubezpieczający	Data ważności	Numery polisy i grupy
Majątek / Koszty				
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Miesięczna płatność	Wartość	Nieuregulowane saldo	
Miesięczna rata kredytu mieszkaniowego / opłata za wynajem	\$	\$	\$	
Drugi adres zamieszkania / Dom wakacyjny	\$	\$	\$	
SAMOCHÓD	Rok / marka	Miesięczna płatność	Nieuregulowane saldo	
Pierwszy samochód		\$	\$	
Drugi samochód		\$	\$	
Informacje na temat dodatkowego dochodu				
ŁĄCZNE DOCHODY GOSPODARSTWA DOMOWEGO	\$			
Alimony na dziecko	\$	Alimony od małżonka	\$	
Ubezpieczenie wypadkowe	\$	Zasiłek dla bezrobotnych	\$	
Świadczenia społeczne / z tytułu niepełnosprawności	\$	Data początkowa / okres braku zatrudnienia	\$	
Dochód z najmu	\$	Dochód ze sprzedaży nieruchomości	\$	
Dywidendy / odsetki	\$	Fundusz powierniczy	\$	
Pomoc społeczna	\$	Emerytura / renta	\$	
<b>BANK</b>		Lokalizacja		
<input type="checkbox"/> Rachunek bieżący		<input type="checkbox"/> Rachunek oszczędnościowy		

Rozumiem, że niniejszy formularz należy wypełnić w całości i przesać wraz z załączonymi dokumentami, aby możliwe było ustalenie przez Beaumont, czy kwalifikuję się do uzyskania pomocy finansowej. Jeżeli nie zostanie uzupełniony w całości, otrzymam pisemne zawiadomienie wskazujące wymagane dodatkowe informacje i/lub dokumenty. Dostarczyłem/-am prawdziwe i dokładne informacje oraz wyrażam zgodę na sprawdzenie tych danych przez Beaumont i uzyskanie mojej historii kredytowej/raportu kredytowego.

Wnioskodawca

Data

Wyłącznie do użytku wewnętrznego
Identyfikator pacjenta w szpitalu