

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	\$		
Alimenty na dziecko	\$	Alimenty 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	\$
BANK		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. Do-
starczyłem/-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