

Beaumont

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ

Инструкции: Заполните заявление и подайте его в течение 10 дней вместе с копиями следующих документов:

- Налоговые декларации и вспомогательные ведомости
- Пособия по социальному обеспечению (если применимо)
- Обоснование вашей потребности в финансовой помощи на отдельном листе
- Квитанции о начислении заработной платы (три последние)
- Выписки с банковского счета (за последние три месяца/со всех счетов)
- Выписки об удержаниях (W-2) или справки о

| Информация о пациенте | | |
|--|----------------|----------------------------|
| Имя и фамилия пациента | | Дата рождения (мм/дд/гггг) |
| Адрес | | |
| Номер в системе социального обеспечения | | Телефон () |
| Информация об ответственной стороне | | |
| Имя, фамилия и адрес | | |
| Номер в системе социального обеспечения | | Телефон () |
| Наименование и адрес работодателя | | |
| Телефон () | | Должность |
| Длительность занятости | Месячный оклад | Число иждивенцев |
| Номер водительского удостоверения | | |
| Информация о супруге | | |
| Имя, фамилия и адрес | | |
| Номер в системе социального обеспечения | | Телефон () |
| Наименование и адрес работодателя | | |
| Телефон () | | Должность |
| Длительность занятости | Месячный оклад | Число иждивенцев |
| Члены семьи, проживающие в доме | | |
| ИЖДИВЕНЦЫ (если иждивенцев более пяти, используйте отдельный лист) | | |
| Имя и фамилия | Родство | Возраст |
| Имя и фамилия | Родство | Возраст |
| Имя и фамилия | Родство | Возраст |
| Имя и фамилия | Родство | Возраст |
| Имя и фамилия | Родство | Возраст |

| Информация о медицинском страховании | | | | |
|--------------------------------------|-------|-----------|---------------|--------------------------|
| Страховая компания | Адрес | Подписчик | Срок действия | Номера политики и группы |
| | | | | |
| | | | | |

| Активы / Расходы | | | |
|---|--------------------|--------------------|----------------------|
| ПРОЖИВАНИЕ | Ежемесячный платеж | Стоимость | Неоплаченный остаток |
| Ежемесячная выплата по ипотеке / арендная плата | \$ | \$ | \$ |
| Второе жилое помещение / Загородный дом | \$ | \$ | \$ |
| АВТОМОБИЛЬ | Год / Марка | Ежемесячный платеж | Неоплаченный остаток |
| Первый автомобиль | | \$ | \$ |
| Второй автомобиль | | \$ | \$ |

| Информация о дополнительных доходах | | | |
|---|----|---|----|
| ОБЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД | \$ | | |
| Пособия на ребенка | \$ | Алименты | \$ |
| Компенсационные выплаты работникам | \$ | Безработица | \$ |
| Социальное обеспечение / Нетрудоспособность | \$ | Дата признания безработным / Период безработицы | \$ |
| Аренда | \$ | Договор о сделке с недвижимостью | \$ |
| Дивиденды / Проценты | \$ | Трастовый фонд | \$ |
| Государственная помощь | \$ | Отставка / Пенсия | \$ |
| БАНК | | Местоположение | |
| <input type="checkbox"/> Текущий баланс | | <input type="checkbox"/> Сберегательный баланс | |

Я понимаю, что для того, чтобы сотрудники Beaumont могли принять решение о предоставлении мне финансовой помощи, я должен(-на) заполнить данный бланк полностью и передать его в Beaumont вместе со всеми необходимыми документами. В противном случае я получу письменное уведомление с указанием недостающей информации и/или документов. Я подтверждаю, что указанная мной информация является достоверной и точной, и предоставляю Beaumont свое согласие на ее изучение и получение моей кредитной истории/отчета.

Заявитель

Дата

| |
|---|
| Только для внутреннего пользования |
| Идентификационный номер пациента в больнице |