

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	