

Pomoc finansowa: kontrola wstępna i wniosek

Prosimy o udzielanie odpowiedzi zgodnie z Pana(-i) najlepszą wiedzą. **Prosimy o dołączenie dokumentów potwierdzających.**

Informacje o pacjencie

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki

Data urodzenia

Rodzic lub opiekun prawny

Data urodzenia

Aktualny adres

Nr telefonu komórkowego

Nr telefonu domowego/służbowego

Adres e-mail

Czy jest Pan(i) obecnie osobą bezdomną? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, jaki jest Pana(-i) preferowany adres korespondencyjny? _____

Osoby należące do gospodarstwa domowego

Kto mieszka z Panem(-ią) w domu? (Proszę wymienić żonę/męża i wszystkie dzieci. Proszę podać pełne imiona i nazwiska, daty urodzenia, numery ubezpieczenia społecznego (SSN) i relacje z osobami należącymi do gospodarstwa domowego)

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego, SSN	Relacja	Obywatel USA (tak/nie)	Aktywne ubezpieczenie (Nazwa ubezpieczenia i numer identyfikacyjny)

Czy w Pana(-i) gospodarstwie domowym są osoby, których mogą dotyczyć poniższe pytania:

Czy dana osoba jest w ciąży?

☐ Tak

☐ Nie

Przewidywany termin porodu _____

Czy dana osoba służyła w wojsku?

☐ Tak

☐ Nie

Zatrudnienie

Wymagane jest, aby osoby pracujące złożyły paski wypłat za ostatnie 45 dni. W przypadku samozatrudnienia potrzebna jest deklaracja podatkowa za ostatni rok z powiązanymi harmonogramami.

Imię i nazwisko	Nazwa pracodawcy lub firmy	Liczba godzin pracy w tygodniu	Częstotliwość wypłaty?

Dochód dodatkowy

Wszystkie źródła dochodów wymagają odpowiednich dowodów. Przykładami może być pismo z Social Security, czek lub pismo dotyczące renty, zaświadczenie dotyczące statusu osoby bezrobotnej z datami.

Dochód	Wysokość w USD miesięcznie	Dochód	Wysokość w USD miesięcznie
Bezrobocie		Daty bezrobocia	
Social Security		Dochód z rolnictwa	
SSI ze względu na niepełnosprawność		Odsetki/dywidendy	
Renty		Otrzymywane alimenty	
Otrzymywane alimenty na dzieci		Dochód z wynajmu nieruchomości	
Odszkodowania dla pracowników		Pozostałe	

Wydatki gospodarstwa domowego / kredyty

Rodzaj wydatku	Wysokość w USD miesięcznie	Rodzaj wydatku	Wysokość w USD miesięcznie
Kredyt hipoteczny / czynsz		Opieka nad dzieckiem	
2. hipoteka		Jedzenie/zakupy	
Płacone alimenty na dzieci		Ubezpieczenie zdrowotne	
Kablówka		Koszty samochodu	
Elektryczność/gaz		Pozostałe	
Telefon / telefon komórkowy		Pozostałe	

Aktywa

Rodzaj aktywów	Wartość / Saldo bilansowe
Rachunek bieżący	
Rachunek oszczędnościowy	
401K/IRA	
Polisa ubezpieczeniowa na życie	

Należy pamiętać: Wszystkie formularze wniosków o pomoc finansową składane do Covenant HealthCare w celu wnioskowania o świadczenia będą obejmować TYLKO koszty szpitalne i innych profesjonalnych usług świadczonych przez lekarzy Covenant HealthCare. Opłaty osobiste, w tym opłata za prywatny pokój, nie są objęte program pomocy finansowej Covenant. Opłaty za procedury kosmetyczne nie są objęte programem pomocy finansowej Covenant HealthCare.

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe, kompletne i poprawne według mojej najlepszej wiedzy:

Podpis wnioskodawcy

Data

Podpis męża/żony

Data

Uprawniony przedstawiciel / pełnomocnik

Data