

Prilog D

Baptist Hospitals



Baptist Jacksonville
Baptist South
Baptist Beaches
Baptist Nassau
Baptist Clay
Baptist Town Center
Baptist North
Wolfson Children's Hospital

Prijava za financijsku pomoć za bolničke usluge

Datum:	Račun:
--------	--------

Informacije za bolesnike		Informacije za jamca (ako se ne radi o bolesniku)	
Ime:		Ime:	
Ulica:		Ulica:	
Grad:		Grad:	
Savezna država:	Poštanski broj:	Savezna država:	Poštanski broj:
Kućni telefon:		Kućni telefon:	
Telefon na poslu:		Telefon na poslu:	
Datum rođenja:		Datum rođenja:	
Br. socijalnog osiguranja:		Br. socijalnog osiguranja:	
Vjenčani status:		Vjenčani status:	

Uključuje informacije za osobu, bračnog druga, uzdržavanu djecu mlađu od 18 godina koja žive u istom kućanstvu i uzdržavane redovne studente mlađe od 25 godina

Ime	Srodstvo	Datum rođenja	Br. socijalnog

Zaposlenje/Povijest primanja

Navodi sva zaposlenja i druge izvore/iznose tjednog dohotka za zadnjih dvanaest (12) mjeseci za sve članove obitelji

Članovi obitelji	Poslodavac	Broj telefona poslodavca	Mjesečna plaća	Vrijeme zaposlenja MM/GG – MM/GG

Povijest drugih primanja

Navodi sve druge izvore mjesečnog dohotka za zadnjih dvanaest (12) mjeseci za sve članove obitelji

Ostali mjesečni prihodi	Ime člana obitelji	Od	Do	Iznos
Socijalno osiguranje				
Dohodak od ulaganja				
Mirovina				
SSI				
Nezaposlenost				
Radnička kompenzacija				
Alimentacija				
TANF				
VA beneficije				
Nekretnine za najam				
Anuitet osiguranja				
Potpura za uzdržavanje djece				
Dohodak od kamata				
Ostalo				
Ukupni ostali dohodak				
Ukupna primanja i drugi dohodak				

Imovina

Gotovina, štednja, čekovni računi	\$
Potvrda o depozitu	\$
Obveznice države SAD, obveznice Ministarstva financija SAD-a	\$
Dionice, fondovi	\$
Dohodak od mirovine (401K, 403K, IRA)	\$
Posjedujete li dodatnu nekretninu osim mjesta prebivanja: Da Ne	\$ (Poštena tržišna vrijednost)
Adresa sekundarne nekretnine	
Ukupna imovina	\$

Ovime ovlašćujem svoje trenutne i buduće poslodavce i/ili poslodavce mog bračnog druga da organizaciji Baptist Health System daju informacije o zaposlenju i plaći. Ovime potvrđujem da su informacije na ovoj prijavi za financijsku pomoć istinite i točne koliko je meni poznato. Baptist Health System može, prema svojoj procjeni, tražiti dokaz o primanjima da bi se potvrdila podobnost za primanje pomoći.

Ovime ovlašćujem organizaciju Baptist Health da pribavi kreditno izvješće koje će pomoći u procjeni moje prijave za financijsku pomoć.

U skladu s odjeljkom 817.50 Statuta države Florida, davanje lažnih informacija radi varanja bolnice i stjecanja dobara ili usluga smatra se prekršajem drugog stupnja.

Podnositelj zahtjeva/Jamac: _____ Datum: _____

Svjedok: _____ Datum: _____

Predstavnik bolnice: _____ Datum: _____

Za bolničku provjeru plaće

Poslodavac:	Provjerena plaća:
Predstavnik kompanije:	Potpis zaposlenika:

Financial Assistance Application for Hospital Services.doc

Verzija 09/22/16