

Formular de cerere de asistență financiară

SECȚIUNEA 1: INFORMAȚII DESPRE PACIENT

Scrieți în litere de tipar numele dvs. complet, adresa dvs. în momentul în care ați beneficiat de servicii medicale și alte informații menționate în această secțiune.

Număr de cont: _____ Data (datele) serviciului: _____

Numele pacientului: _____

NUME

PRENUME

INIȚIALA TATĂLUI

Adresă: _____ Oraș: _____ Regiune: _____

Statul de reședință: _____ Cod poștal: _____ Data nașterii: ____/____/____ Starea civilă: Necăsătorit Căsătorit DivorțatNumăr de telefon principal: (_____) _____ Acasă Mobil Muncă Altele: _____

Adresa de e-mail: _____

Asigurarea de sănătate la data la care se efectuează serviciul: Fără asigurare Medicare Medicaid Altele: _____**SECȚIUNEA A DOUA: VENITURILE ȘI ACTIVELE FAMILIEI**

Furnizați veniturile dvs., ale soțului/soției și ale tuturor celorlalți membri ai familiei (dacă este cazul).

Sursa de venit	Total pe 3 luni înainte de serviciu	Total pe 12 luni înainte de serviciu
Salarii/Liber profesionist	\$ _____	\$ _____
Asigurări sociale	\$ _____	\$ _____
Pensii, dividende, dobânzi, venituri din chirii	\$ _____	\$ _____
Șomaj, compensații pentru lucrători	\$ _____	\$ _____
Pensie alimentară pentru copii (numai dacă pacientul este destinatarul vizat)	\$ _____	\$ _____
Altele	\$ _____	\$ _____

Totalul activelor nete (active - datorii) la data depunerii cererii: \$ _____

SECȚIUNEA A TREIA: INFORMAȚII DESPRE FAMILIE ȘI VENITURI

Enumerati toți membrii familiei din gospodăria dvs. și data nașterii acestora.

Vă rugăm să furnizați următoarele informații pentru toate persoanele din familia dvs. apropiată care locuiesc în locuința dvs. În sensul HCAP, familia este definită ca fiind pacientul, soțul/soția pacientului și toți copiii pacientului cu vârsta sub 18 ani (biologici sau adoptivi) care locuiesc în casa pacientului. În cazul în care pacientul are sub 18 ani, familia include pacientul, părintele (părinții) biologic(i) sau adoptiv(i) al(i) pacientului și copiii sub 18 ani (biologici sau adoptivi) care locuiesc în casa pacientului.

Numele membrilor familiei, inclusiv al pacientului	Data nașterii	Relația cu pacientul
1. Pacient: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Prin semnătura mea de mai jos, certific că tot ce am declarat în această cerere și în toate anexele este adevărat.

Semnătura părții responsabile: _____ Dată: _____

Prin semnătura mea de mai jos, certific că am analizat și aprobat această cerere.

Semnătura directorului general al spitalului: _____ Dată: _____

Trimiteți cererea completată la: Spitalul de recuperare medicală Penn State