

# HMH CARRIER CLINIC, INC.

## PROGRAM POMOCY FINANSOWEJ (FAP)

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU PFS

DATA OTRZYMANIA WNIOSKU

ożsamości, adres zamieszkania, ostatnie federalne deklaracje podatkowe informacje o dochodzie i stanie majątkowym powinny zostać dołączone do  
Prosimy przesłać kopie wymaganych dokumentów, nie oryginały, gdyż nie będą one podlegały zwrotowi.  
Aby uzyskać pomoc lub w przypadku pytań prosimy o kontakt do działu Usług Finansowych dla Pacjentów na nr 908-281-1522

### I. Dane osobowe

### KONTO PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta (nazwisko, imię oraz inicjał drugiego imienia)		Stan cywilny	Numer ubezpieczenia:
(ULICA I NUMER DOMU)		MIESZKANIE WŁASNE _____	WYNAJMOWANE JAK DŁUGO _____
(MIASTO, STAN, KOD POCZTOWY)		(OKRĘG)	
TELEFON DOMOWY _____	TELEFON KONTAKTOWY _____		
Imię i nazwisko osoby wypełniającej wniosek	Powiązanie z pacjentem	Numer telefonu	
Imię i nazwisko poręczyciela (jeśli nie jest nim pacjent)	Powiązanie z pacjentem	Numer telefonu	

### II. Informacje ubezpieczeniowe

Nazwa ubezpieczenia	Imię i nazwisko ubezpieczonego	Powiązanie z pacjentem
W przypadku braku ubezpieczenia - czy wnioskowałeś o ubezpieczenie zdrowotne za pośrednictwem N	TAK _____ NIE _____	
Czy jesteś zwolniony z ubiegania się o ubezpieczenie za pośrednictwem Marketplace?	TAK _____ NIE _____	
Czy ubiegałeś się o otrzymanie pomocy medycznej w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	TAK _____ NIE _____	
Jeśli TAK, załącz kopię Odmowy lub dowód na bycie uprawnionym do jej otrzymania.	TAK _____ NIE _____	

Jeśli NIE, prosimy o kontakt z lokalnym biurem Rady Usług Socjalnych w celu uzyskania wskazówek, jak ubiegać się o świadczenia.

### III. Informacje o gospodarstwie domowym (lista wszystkich osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym pacjenta)

ROZMIAR GOSPODARSTWA DOMOWEGO \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby zamieszkującej w gospodarstwie domowym, w tym pacjenta	Powiązanie z pacjentem	Zawód
	PACJENT	

Kolejna osoba zamieszkująca w gospodarstwie domowym	Powiązanie z pacjentem	Zawód

#### IV. Źródła przychodu z gospodarstwa domowego lub majątek (w tym krewnych, małżonka lub adoptowanych dzieci)

##### Dochód z gospodarstwa domowego:

(Proszę określić, czy dochód miesięczny (M) czy roczny (R))		PACJENT	POZOSTAŁE OSOBY
Wynagrodzenie lub płaca przed potrąceniem	M. R.	USD	USD
Samozatrudniony (zweryfikowany przez niezależne źródło)	M. R.	USD	USD
Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego	M. R.	USD	USD
Alimenty na dziecko	M. R.	USD	USD
Inny rodzaj wsparcia finansowego	M. R.	USD	USD
Zasiłek dla bezrobotnych i ubezpieczenie pracownicze	M. R.	USD	USD
Świadczenia dla weteranów wojennych	M. R.	USD	USD
Płatności emerytalne	M. R.	USD	USD
Płatności z tytułu ubezpieczenia i renty	M. R.	USD	USD
Dywidendy lub odsetki	M. R.	USD	USD
Dochód z wynajmu	M. R.	USD	USD

RAZEM

##### Majątek gospodarstwa domowego:

POZOSTAŁY MAJĄTEK	PACJENT	POZOSTAŁE OSOBY WCHODZĄCE W
Oszczędności	USD	USD
Czekowe	USD	USD
Zaświadczenie o wpłacie zaliczki	USD	USD
Rachunki Money Market	USD	USD
Obligacje oszczędnościowe	USD	USD
Akcje	USD	USD
Obligacje	USD	USD
Indywidualne konto emerytalne	USD	USD
401(k)	USD	USD
403(b)s	USD	USD
Inne	USD	USD

RAZEM

#### V. Zaświadczenie wnioskodawcy

Zaświadczam, że powyższe informacje dotyczące wielkości mojej rodziny, dochodu i majątku są prawdziwe i poprawne.

Zdaję sobie sprawę, że celowe podanie informacji wprowadzających w błąd spowoduje, że będę odpowiedzialny za pokrycie opłat szpitalnych.

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformować szpital o każdej zmianie mojego statusu w odniesieniu do moich dochodów lub majątku.

Podpis pacjenta

DATA

Podpis osoby sporządzającej wniosek i jej powiązanie z pacjentem      Data