



- 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 pacijenta		Informacije za jamca (ako se ne radi o pacijentu)	
Ime:		Ime:	
Ulica:		Ulica:	
Grad:		Grad:	
Država:	Poštanski broj:	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 osiguranja:

### 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	Datum početka rada MM/G – MM/G

## 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				
Potpota za uzdržavanje djece				
Dohodak od kamata				
Ostalo				
<b>Ukupni ostali dohodak</b>				
<b>Ukupna primanja i drugi dohodak</b>				

### 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	
<b>Ukupna imovina</b>	<b>\$</b>

Ovime ovlašćujem svoje trenutne i buduće poslodavce i poslodavce i/ili bračnog druga da organizaciji Baptist Health System daju informacije o zaposlenju i plaći. Ovime potvrđujem kako 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 kako 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: