

## Приложение Г

### Больницы Baptist



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

#### Заявление на получение Финансовой помощи на медицинские услуги

Дата:

Счет:

Информация о пациенте		Информация о поручителе (если им является не пациент)	
Ф. И. О.:		Ф. И. О.:	
Улица:		Улица:	
Город:		Город:	
Штат:	Почтовый индекс:	Штат:	Почтовый индекс:
Домашний телефон:		Домашний телефон:	
Рабочий телефон:		Рабочий телефон:	
Дата рождения:		Дата рождения:	
Номер социального страхования:		Номер социального страхования:	
Семейное положение:		Семейное положение:	

Укажите информацию о себе, супруге, детях в возрасте младше 18 лет, подростках в возрасте до 25 лет, являющихся студентами дневной формы обучения, проживающих с Вами.

Ф. И. О.	Родственные отношения	Дата рождения	Номер социального страхования

#### Сведения о работе и история доходов

Укажите для всех членов семьи все предыдущие места работы и другие источники еженедельного дохода, а также его сумму за последние 12 (двенадцать) месяцев.

Член семьи	Работодатель	Телефон работодателя	Размер ежемесячной заработной платы	Период работы: ММГГ-ММГГ

### Прочие доходы

Укажите для всех членов семьи другие источники ежемесячного дохода за последние 12 (двенадцать) месяцев.

Прочие ежемесячные доходы	Ф. И. О. члена семьи	От кого	Кому	Сумма
Номер социального страхования				
Инвестиционный доход				
Пенсия				
Дополнительный социальный доход				
Пособие по безработице				
Страхование от несчастного случая на производстве				
Алименты				
Участие в программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)				
Пособия и льготы для ветеранов				
Сдача недвижимости в аренду				
Страховая рента				
Пособие на ребенка				
Доход по процентам				
Другой доход				
<b>Общая сумма прочих доходов</b>				
<b>Общий итог суммы ежемесячной зарплаты и прочих доходов</b>				

### Активы

Наличные средства, сбережения, банковские счета	долл. США
Депозитные сертификаты	долл. США
Сберегательные облигации США, казначейские облигации или векселя США	долл. США
Акции, активы взаимных фондов и трастовых фондов	долл. США
Пенсионный доход (по пенсионным планам 401К и 403К, а также по индивидуальному пенсионному счету)	долл. США
Владеете ли Вы помимо основного места жительства вторичной жилой недвижимостью или собственностью?    Да            Нет	долл. США (Обоснованная рыночная стоимость)
Адрес вторичной жилой недвижимости или собственности	
<b>Всего активов</b>	долл. США

Настоящим я разрешаю своим предыдущим и текущим работодателям, а также работодателям моего супруга (моей супруги) предоставить организации Baptist Health System информацию о трудоустройстве и зарплате. Настоящим я подтверждаю, что информация, указанная в этом заявлении на получение Финансовой помощи, насколько мне известно, является правдивой и достоверной. Для подтверждения правомочности получения льгот на медицинское обслуживание организация Baptist Health System по своему единоличному усмотрению может потребовать справку о доходах.

Настоящим я разрешаю организации Baptist Health получить отчет о моей кредитной истории для помощи в оценке определения правомочности получения Финансовой помощи по моему заявлению.

**В соответствии с разделом 817.50 Свода законов штата Флорида, предоставление ложной информации с намерением введения сотрудников больницы в заблуждение с целью получения товаров или услуг рассматривается как мелкое преступление второй степени.**

Заявитель (поручитель): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Свидетель: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Представитель  
больницы: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Для проверки больницей информации о зарплате**

Работодатель:	Проверенная зарплата:
Представитель компании:	Подпись сотрудника: