

Holy Name Medical Center

718 Teaneck Road
Teaneck, NJ 07666
Financial Counseling Department
(Отдел консультирования по финансовым вопросам)
(201)833-3157

Бланк заявления на получение материальной помощи

Счет №: _____ Дата получения услуги: _____

Персональные данные

1) Ф.И.О. пациента: _____

2) Дата рождения: _____ 3) Номер социального обеспечения: _____

4) Адрес: _____

5) Телефон (предпочтительный номер): _____

6) Ф.И.О. поручителя: _____ 7) Дата рождения поручителя: _____

8) Кем поручитель приходится пациенту: _____

Размер семьи и доход

9) Размер семьи: _____ 10) Источник дохода домохозяйства: _____

11) Совокупный годовой валовой доход: _____

12) Совокупный годовой чистый доход от коммерческой деятельности
(в случае самозанятости): _____

13) Документация, используемая для определения дохода: _____

14) Заявление подается для остатка после страховых выплат? _____

15) Если да, название страховой компании: _____

Подтверждение заявителя

Я подтверждаю верность приведенных выше данных о размере и доходе моей семьи.

Подпись пациента или поручителя: _____ Дата: _____