

**Upute:** Popunite aplikaciju, pošaljite nazad u roku od 10 dana, i priložite fotokopije:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Posljednje porezne prijave                                  | <input type="checkbox"/> Izvodi o svim trenutačnim investicijama                    |
| <input type="checkbox"/> Bankovnih izvadaka za puna tri mjeseca                      | <input type="checkbox"/> Dokazi o prihodima za tri mjeseca (odresci od plaće, itd.) |
| <input type="checkbox"/> Odluku/odbijanje aplikacije za Medicaid, ako ste aplicirali | <input type="checkbox"/> Ako nemate prihoda, pismo osobe koja vas uzdržava          |

Informacije o pacijentu			
Ime (prezime, ime, prvo slovo srednjeg imena)		Datum rođenja	
Adresa			
Glavni telefon ( )	Drugi telefon ( )	Br. socijalnog osiguranja/EIN	
Bračni status <input type="checkbox"/> samac(ica) <input type="checkbox"/> u braku <input type="checkbox"/> razveden(a) <input type="checkbox"/> drugo _____		Da li imate dozvolu boravka u Sjedinjenim Državama? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Da li podnosite federalnu poreznu prijavu? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Ako ne, zašto ne? _____		Ko je glavni podnosilac porezne prijave? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> suprug(a) <input type="checkbox"/> drugi _____	
Poslodavac		Da li ste imali zdravstveno osiguranje ili bilo koje drugo osiguranje u vrijeme usluge? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Informacije o domaćinstvu (navedite sve osobe koje žive u vašem domaćinstvu)			
Ime i prezime člana domaćinstva	Datum rođenja	U kom je odnosu sa vama	Da li je ova osoba navedena na vašoj federalnoj poreznoj prijavi?
1.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
5.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Imena dodatnih članova domaćinstva mogu se podnijeti na dodatnom listu papira.			
Troškovi (navedite mjesečne troškove za sve članove domaćinstva) Ovaj dio nije potrebno popunjavati za NHSC ili MSLRP klinike			
Stambeni kredit/renta/renta za zemljište	Porez na vlasništvo (godina)	Kuća/rentalno osiguranje	
Rata kredita za automobil	Automobilsko osiguranje	Gorivo (vozilo)	
Telefon	Opće režije	Prehrambene namirnice	
Čuvanje djece/dodatak za dijete	Školarina	Drugo	
Zdravstveno osiguranje/Troškovi	Životno osiguranje	Drugo	
Samo za internu upotrebu		MRN	

Prihod (navedite prihode za sve članove domaćinstva)					
Izvor mjesečnog prihoda	Ko ga prima?	Bruto mjesečni prihod	Izvor mjesečnog prihoda	Ko ga prima?	Bruto mjesečni prihod
Plaća (pacijent)			Socijalno osiguranje (pacijent)		
Plaća (dodatna)			Socijalno osiguranje (dodatno)		
Samostalni rad na ugovor			Investicije/kamate		
Penzija/dionice			Dodatak za dijete/alimentacija		
Napojnice/provizija			Prihod od plemena		
Nadoknada za nezaposlene			Prihod od rente/iznajmljivanja zemljišta		
Nadoknada zbog povrede na radu			Državna pomoć		
Nadoknada za invalide			Drugo		

Imovina domaćinstva (navedite imovinu svih članova domaćinstva) Ovaj dio ne treba popunjavati za NHSC ili MSLRP klinike					
Izvor imovine	Čija je ovo imovina?	Trenutačna vrijednost imovine	Izvor imovine	Čija je ovo imovina?	Trenutačna vrijednost imovine
Tekući račun			Vrijednost imovine (dom)		
Tekući račun br. 2			Vrijednost imovine br. 2		
Štedni račun			Vrijednost vozila (primarnog)		
Štedni račun br. 2			Vrijednost vozila br. 2		
Oročeni depozit/račun na tržištu novca			Motocikl/ATV/čamac/prikolica		
401k/403B/IRA/penzija			Životno osiguranje (vrijednost isplate)		
Dionice/obveznice/dividendi			Naslijeđe u fondu		
Štedni račun za zdravstvene račune/fleksibilni račun za trošenje			Mobile usluge/usluge virtualnog plaćanja		
Drugo			Drugo		

I Svjestan(na) sam da su informacije koje sam dao(la) o svojim godišnjim prihodima, veličini i imovini moje porodice podložne provjeri. Takođe sam svjestan(na) da će moja aplikacija biti odbijena ako se utvrdi da su podaci koje sam dao(la) lažni, te da ću ja biti odgovoran(na) za preostali iznos na mom računu.

Ako imate pitanja ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju ove aplikacije, molim vas da nas kontaktirate telefonom na broj 248.577.9205 ili mejlom na [patient\\_financial\\_resources@beaumont.org](mailto:patient_financial_resources@beaumont.org).

Podnosilac aplikacije \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Supružnik \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_