

Holy Name Medical Center

718 Teaneck Road
Teaneck, NJ 07666
Servizi di consulenza finanziaria
(201)833-3157

Modulo di Domanda di Contributo Finanziario

Conto n.: _____ Data del Servizio: _____

Informazioni personali

1) Paziente (Cognome, Nome): _____

2) Data di Nascita: _____ 3) N. Previdenza Sociale: _____

4) Indirizzo: _____

5) Telefono (n. preferito): _____

6) Nome del Garante: _____ 7) Data di Nascita del Garante: _____

8) Rapporto del Garante col Paziente: _____

Criteri di dimensioni e sul reddito familiare

9) Dimensioni Nucleo Familiare: _____ 10) Fonte di Reddito Familiare: _____

11) Reddito Totale Annuo Lordo: _____

12) Reddito Annuale Totale Netto (Se lavoratore autonomo): _____

13) Documentazione Utilizzata per la Determinazione del Reddito: _____

14) È una Domanda di Indennizzo Assicurativo? _____

15) In caso affermativo, denominazione dell'impresa di assicurazione: _____

Certificazione da parte del Richiedente

Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui sopra per quanto riguarda le dimensioni del nucleo familiare e del reddito sono esatte e corrette.

Firma del Paziente o del Garante: _____ Data: _____