

ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ДАТА ПРИЕМА: _____ НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ: _____ НОМЕР СЧЕТА: _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____

АДРЕС: _____ ГОРОД: _____ ШТАТ: _____

ИНДЕКС: _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____ НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА: _____

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ПАЦИЕНТА: _____ СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: _____

НЕОБХОДИМО ОТВЕТИТЬ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

1. ПРОЖИВАЛИ ЛИ ВЫ В ШТАТЕ ОГАЙО НА МОМЕНТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ? ДА _____ НЕТ _____
 - a) ЕСЛИ «НЕТ», ТО В КАКОМ ШТАТЕ ВЫ ПРОЖИВАЛИ? _____
2. ПОДАВАЛАСЬ ЛИ ВАМИ ЗАЯВКА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ MEDICAID ИЛИ ДРУГОЙ ПОМОЩИ ОКРУГА? ДА _____ НЕТ _____
 - a) ЕСЛИ «ДА», ТО НА КАКУЮ ДАТУ ВЫ ПОДАВАЛИ ЗАЯВКУ? _____
 - b) ЕСЛИ «ДА», ВЫ ПОДАВАЛИ ЗАЯВКУ В ДРУГОМ ШТАТЕ, А НЕ В ОГАЙО? ДА _____ НЕТ _____
 - c) ЕСЛИ «ДА», В КАКОМ ШТАТЕ ВЫ ПОДАВАЛИ ЗАЯВКУ НА СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ? _____
3. БЫЛА ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА НА ДАТУ ПРИЕМА? НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ _____ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ № _____
 - a) ЕСЛИ «ДА» (И СТРАХОВКА НЕ БЫЛА ВЫПЛАЧЕНА), ОТПРАВЬТЕ КОПИЮ СВОЕЙ СТРАХОВОЙ КАРТЫ (КАРТ) С ЭТОЙ ЗАЯВКОЙ.
4. ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ЗАЯВКУ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВКИ ЧЕРЕЗ БИРЖУ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? ДА _____ НЕТ _____
 - a) ЕСЛИ «ДА», КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ _____ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ № _____
5. БЫЛА ЛИ ДАТА ПРИЕМА СВЯЗАНА С АВТОМОБИЛЬНОЙ АВАРИЕЙ? ДА _____ НЕТ _____
 - a) ЕСЛИ «ДА», ВЫ ПОДАЛИ ИСК? НОМЕР ИСКА: _____ НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ: _____
6. У ВАС ЕСТЬ МЕДИЦИНСКИЙ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ СЧЕТ (HSA)? ДА _____ НЕТ _____
 - a) ЕСЛИ «ДА», ОТПРАВЬТЕ КОПИЮ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ВАШ ТЕКУЩИЙ БАЛАНС.
7. УКАЖИТЕ, ИМЕЮТСЯ ЛИ У КОГО-ЛИБО В ВАШЕМ ДОМЕ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА.
 - a) У ВАС СОБСТВЕННЫЙ ИЛИ АРЕНДОВАННЫЙ ДОМ? СОБСТВЕННЫЙ _____ АРЕНДОВАННЫЙ _____
 - b) ТЕКУЩИЕ/СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА: ДА _____ НЕТ _____ ЕСЛИ «ДА», УКАЖИТЕ ОБЩУЮ СУММУ В ДОЛ. США _____
 - c) ДРУГИЕ АКТИВЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕПОЗИТЫ/АКЦИИ/ОБЛИГАЦИИ/СЧЕТА ДЕНЕЖНОГО РЫНКА: ДА _____ НЕТ _____
 - d) ЕСЛИ «ДА», УКАЖИТЕ ОБЩУЮ СУММУ В ДОЛ. США _____

ПЕРЕЧИСЛИТЕ НИЖЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СВОЕЙ СЕМЬИ. ЕСЛИ ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ МЕСТА, ПИШИТЕ С ОБРАТНОЙ СТОРОНЫ ДАННОЙ ФОРМЫ.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА	ВОЗРАСТ	ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 3 МЕСЯЦА ДО ДАТЫ ПРИЕМА	ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 12 МЕСЯЦЕВ ДО ДАТЫ ПРИЕМА	ИСТОЧНИК ДОХОДОВ ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ (УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ СТУДЕНТОМ КОЛЛЕДЖА)
	С ПАЦИЕНТОМ				
	САМОЗАНЯТОЕ ЛИЦО				

ОТПРАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА ЗА 3 ИЛИ 12 МЕСЯЦЕВ С ЭТОЙ ЗАЯВКОЙ:

ДОХОДОМ СЧИТАЕТСЯ ОБЩИЙ ДОХОД ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ И ОН ВКЛЮЧАЕТ, ПОМИМО ПРОЧЕГО: • ОПЛАТУ ТРУДА ИЛИ ЗАРАБОТНУЮ ПЛАТУ (ВЫШЛИТЕ КВИТАНЦИИ О НАЧИСЛЕНИИ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ЗА 3 МЕСЯЦА) • ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ • АЛИМЕНТЫ • ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ • СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ (ДО ВЫЧЕТОВ) ИЛИ ПОСОБИЕ • ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА • ПЕНСИЮ ИЛИ ПЕНСИОННОЕ ПОСОБИЕ • ПЕНСИОННЫЙ ПЛАН 401К • КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ • ЕДИНОВРЕМЕННЫЕ ВЫПЛАТЫ • ПОСОБИЕ OWB • РЕНТУ • ДЕНЕЖНЫЕ ПОСТУПЛЕНИЯ • ОТЧЕТЫ САМОЗАНЯТОГО ЛИЦА • ДОХОД ОТ НЕРЕГУЛЯРНОЙ РАБОТЫ • ДЕКЛАРАЦИЮ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ПОДОХОДНОМУ НАЛОГУ • ЛЮБОЙ ДРУГОЙ ДОХОД • ЕСЛИ ВЫ СООБЩАЕТЕ О НУЛЕВОМ ДОХОДЕ, НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НИЖЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ • МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ НАЛИЧИЯ ТЕКУЩИХ/СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ (ИЛИ ДРУГИХ АКТИВОВ) • ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫЕ ТАЛОНЫ НЕ СЧИТАЮТСЯ ДОХОДОМ, НО ИХ НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ В СТРОКЕ «ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ» НИЖЕ

ЕСЛИ ВЫ УКАЗАЛИ НУЛЕВОЙ ОБЩИЙ ДОХОД, КТО ОКАЗЫВАЕТ ВАМ МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ?

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ: ПОДПИСЫВАЯ ЭТОТ ДОКУМЕНТ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ОТВЕТЫ В ЭТОЙ ЗАЯВКЕ ВЕРНЫ. ЕСЛИ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ РАССМОТРЕНИИ ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ БУДЕТ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ БЫЛА НЕПРАВИЛЬНОЙ ИЛИ НЕПРАВДИВОЙ, РЕШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕНЕНО И ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЕ БУДЕТ ВЫСТАВЛЕН СЧЕТ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ МНОЙ, ПОДЛЕЖИТ ПРОВЕРКЕ МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛИСТОМ БОЛЬНИЦЫ, ВКЛЮЧАЯ БЮРО КРЕДИТНЫХ ИСТОРИЙ, А ТАКЖЕ ПОДЛЕЖИТ РАССМОТРЕНИЮ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И/ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ И, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ, ДРУГИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА: _____

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: _____ **СТЕПЕНЬ**

РОДСТВА: _____ **ДАТА:** _____

(ЕСЛИ НЕ ПАЦИЕНТ)

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ЗАЯВКУ И ДОКУМЕНТАЦИЮ ПО АДРЕСУ:

MERCY HEALTH: SCANNING SUITE 400

4605 DUKE DRIVE

MASON, OH 45040 (ОГАЙО)

Последняя редакция: июль 2016 г.