

Полное имя: _____ Номер медкарты: _____ Номер госпит.: H _____

Лицу, обращающемуся за финансовой помощью:

Предлагаем вашему вниманию заявление на получение финансовой помощи. Пожалуйста, заполните и отправьте заявление по адресу, указанному в нижней части третьей страницы этой формы с приложением дополнительной документации по списку, приведенному ниже, в зависимости от своего конкретного финансового положения.

**ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ
УЧАСТНИКОМ ПРОГРАММЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

A) Укажите свой номер участника программы
медицинской помощи здесь ▶

B) Приложите копию карточки участника программы медицинской помощи.

СПРАВКА О ДОХОДАХ (пожалуйста, приложите
все применимые документы)

Пособия по социальному обеспечению:

- Копия письма о назначении вам пособия по социальному обеспечению или выписка о выплатах вам пособия по социальному обеспечению за год
- Копия последнего чека на выплату пособия по социальному обеспечению

Пособие ветеранам:

- Копия письма о назначении вам пособия или выписка о выплатах
- Копия последнего чека на выплату пособия

Пенсии:

- Копия выписки о выплатах пенсии
- Копия последнего чека на выплату пенсии

**НЕОБХОДИМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ**

(копии последней выписки или другого подтверждающего документа в отношении)

Дохода/активов:

- Депозитный сертификат
- Пенсионные сберегательные счета 401К, 403В, Keogh, IRA и другие
- Ежегодные выплаты (аннуитеты)
- Наличная ценность полисов страхования жизни
- Траксты
- Брокерские счета
- Доход от дивидендов/процентов
- Алименты на ребёнка
- Алименты на супругу (супруга)
- Акции, облигации и/или другие паевые инвестиционные фонды
- Другие инвестиции

Обязательства/расходы:

- Копия квитанции о вашей последней выплате по ипотеке или за аренду жилья
- Копии квитанций о выплате страховых взносов (полис для домовладельцев, автострахования и т. д.)
- Копии платежей за медицинские услуги и/или рецептурные лекарственные препараты
- Копии других обязательств/расходов, оплачиваемых вами
- Копии последних выписок со всех банковских счетов

Налоговая декларация по федеральному подоходному налогу и подоходному налогу штата:

- Копия всех страниц вашей последней налоговой декларации по федеральному подоходному налогу и подоходному налогу штата со всеми применимыми приложениями

Другие применимые финансовые данные:

- Копии заявлений о банкротстве, документы о распоряжении имуществом и т. д.

Если вы не можете предоставить копии каких-либо из вышеуказанных документов, пожалуйста, направьте письмо с указанием конкретных причин, по которым вы не приложили необходимую информацию. Может потребоваться дополнительная информация в зависимости от индивидуальных обстоятельств.

Если у вас возникли вопросы о прилагаемых документах, вы можете позвонить нам по телефону 410-938-3370.

С уважением,
Представитель по счетам пациентов

Приложение:

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Информация о вас

ФИО _____
имя отчество (второе имя) фамилия

Номер соцобеспечения (SSN) _____ Семейное положение Не замужем (не женат)
 Замужем (женат) Раздельное проживание
 Вдова (вдовец) В разводе

Гражданство США да нет Статус постоянное законного жителя да нет

Домашний адрес _____ Телефон _____

_____ город штат почтовый индекс _____ страна

Место работы _____ Телефон _____
Адрес места работы _____

_____ Город штат почтовый индекс

Члены домохозяйства

_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Кем приходится

Обращались ли вы за участием в программе медицинской помощи? да нет Если да, дата заявления? _____

Если да, какое решение было вынесено? _____

Получаете ли вы какую-либо помощь от штата или округа? да нет

Отдел счетов пациентов – представитель по вопросам финансовой помощи
Система учреждений здравоохранения Шеппард Пратт
Профессиональная ассоциация врачей Шеппард Пратт
6501 North Charles Street Baltimore, MD 21204

ФИО _____

имя

отчество (второе имя)

фамилия

I. Доход семьи – укажите сумму своего ежемесячного дохода из всех источников. Вам может потребоваться предоставить справку о доходах, активах и расходах. Если у вас нет дохода, пожалуйста, предоставьте письмо о поддержке от лица, которое предоставляет вам жильё и питание.

Сумма в месяц

Трудоустройство	.....	_____
Пенсия/пенсионное пособие	.....	_____
Пособие по социальному обеспечению	.....	_____
Пособие по инвалидности	.....	_____
Пособие по безработице	.....	_____
Пособие ветеранам	.....	_____
Алименты	.....	_____
Доход от сдачи жилья в аренду	.....	_____
Пособие бастующим	.....	_____
Выплаты военнослужащим	.....	_____
Фермерство или ИП	.....	_____
Другой источник дохода	.....	_____
Итого		_____

II. Ликвидные активы

Текущий баланс

Чековый счёт	.....	_____
Сберегательный счёт	.....	_____
Акции, облигации, депозитный сертификат или денежные рынки	.....	_____
Другие счета	.....	_____
Итого		_____

III. Другие активы – если у вас есть что-либо из нижеперечисленного, пожалуйста, укажите вид и примерную стоимость.

Жильё	сумма остатка по кредиту _____	примерная стоимость _____
Автомобиль	марка _____ год выпуска _____	примерная стоимость _____
Дополнительное т/с	марка _____ год выпуска _____	примерная стоимость _____
Дополнительное т/с	марка _____ год выпуска _____	примерная стоимость _____
Другая собственность		примерная стоимость _____
Итого		_____

IV. Ежемесячные расходы

Сумма

Аренда или ипотека	.....	_____
Коммунальные услуги	.....	_____
Выплата (-ы) за машину	.....	_____
Кредитная (-ые) карта (-ы)	.....	_____
Автострахование	.....	_____
Медицинское страхование	.....	_____
Другие медицинские расходы	.....	_____
Другие расходы	.....	_____

У вас есть другие неоплаченные медицинские счета? да нет

Итого _____

За какие услуги? _____

Если вы оформили рассрочку, какова сумма ежемесячного платежа? _____

Если вы обращаетесь за увеличением больницей дополнительной финансовой помощи, больница может потребовать от вас дополнительную информацию для вынесения дополнительного решения. Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что предоставленная информация является верной, и что вы согласны уведомить больницу о каких-либо изменениях указанных данных в течение десяти дней после наступления таких изменений.