

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ: \_\_\_\_\_ НОМЕР СЧЕТА: \_\_\_\_\_

Ф. И. О. ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАЯВИТЕЛЯ: \_\_\_\_\_

АДРЕС: \_\_\_\_\_

ГОРОД: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: \_\_\_\_\_ СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: \_\_\_\_\_

**ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ПОЛЯ НИЖЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ. ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ, ЧТО НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ ПРОВЕРКУ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ У НАШЕГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ДО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ.**

(Укажите супруга(-у) и детей-иждивенцев в возрасте до 18 лет, проживающих вместе с Вами, и даты их рождения)

Ф. И. О.	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СУММАРНЫЙ ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 3 МЕСЯЦА ДО ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ	СУММАРНЫЙ ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 12 МЕСЯЦЕВ ДО ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ	ИСТОЧНИК ДОХОДА НАЗВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ВЫ СТУДЕНТ)
	Я САМ(-А)				

- ЕСЛИ ВЫ УКАЗАЛИ НУЛЕВОЙ СУММАРНЫЙ ДОХОД, ТО ОТКУДА ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ? \_\_\_\_\_
- В КАКОМ ШТАТЕ ВЫ ПРОЖИВАЛИ НА МОМЕНТ ВАШЕГО ВИЗИТА? \_\_\_\_\_
- ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ИЛИ НА ПОЛУЧЕНИЕ КАКОЙ-ЛИБО ДРУГОЙ ПОМОЩИ ОТ ОКРУГА?  НЕТ  ДА (ДАТА/ШТАТ \_\_\_\_\_)
- БЫЛА ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА НА ДАТУ ОБСЛУЖИВАНИЯ?  НЕТ  ДА (ПРИЛОЖИТЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ КАРТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)
- ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЯЗАНА С ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ?  НЕТ  ДА (НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ / № СТРАХОВОГО ТРЕБОВАНИЯ \_\_\_\_\_)
- КТО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИМЕЕТ ТЕКУЩИЙ ИЛИ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ СЧЕТ?  НЕТ  ДА (СУММА \_\_\_\_\_)
- КТО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИМЕЕТ КАКИЕ-ЛИБО ДРУГИЕ АКТИВЫ?  НЕТ  ДА (ТИП/СУММА \_\_\_\_\_)
- ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ИЛИ АРЕНДУЕТЕ ЖИЛЬЕ?  ВЛАДЕЮ  АРЕНДУЮ  ДРУГОЕ (\_\_\_\_\_)

## ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ ДОХОДНЫХ АКТИВОВ НА КАЖДОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ:

(поставьте отметку в полях получаемых статей доходов)

- ТРУДОУСТРОЙСТВО = ДОХОД ЗА 3 ИЛИ 12 МЕСЯЦЕВ  САМОЗАНЯТОСТЬ = ЗАПОЛНЕННЫЕ БЛАНКИ НАЛОГОВЫХ ДЕКЛАРАЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИЛОЖЕНИЕ С
- ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ = ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ  АЛИМЕНТЫ = ДОКУМЕНТ ПО РЕШЕНИЮ СУДА
- СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ = ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ  ДРУГОЕ = ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПОЛУЧЕНИЯ ЛЮБОГО ДРУГОГО ДОХОДА, НАПРИМЕР ДИВИДЕНДОВ, ПРОЦЕНТОВ, ДОХОДА ОТ АРЕНДЫ
- ПЕНСИЯ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ = ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ  ТЕКУЩИЕ/СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА = ВЫПИСКА ПО КАЖДОМУ СЧЕТУ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ

**ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ:** ПОДПИСЫВАЯ НАСТОЯЩИЙ ДОКУМЕНТ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ ДОСТОВЕРНОСТЬ ОТВЕТОВ В ДАННОМ БЛАНКЕ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ПОСЛЕДУЮЩАЯ ПРОВЕРКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ КАКОГО-ЛИБО ЛИЦА, ВЫЯВИТ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ЭТИМ ЛИЦОМ, ЯВЛЯЛАСЬ ЛИБО НЕДОСТОВЕРНОЙ, ЛИБО ЗАВЕДОМО ЛОЖНОЙ, РЕШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МОЖЕТ БЫТЬ ОТМЕНЕНО, А ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЕ БУДЕТ ВЫСТАВЛЕН СЧЕТ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПОДАННАЯ МНОЮ ИНФОРМАЦИЯ ПОДЛЕЖИТ ПРОВЕРКЕ МОИМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БОЛЬНИЦЫ, ВКЛЮЧАЯ АГЕНТСТВА КРЕДИТНОЙ ИСТОРИИ, А ТАКЖЕ ПОДЛЕЖИТ РАССМОТРЕНИЮ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ АГЕНТСТВАМИ И (ИЛИ) АГЕНТСТВАМИ ШТАТА И ДРУГИМИ ОРГАНАМИ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: \_\_\_\_\_ КЕМ ПРИХОДИТСЯ: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_  
(ВМЕСТО ПАЦИЕНТА)

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ ВМЕСТЕ С ДОКУМЕНТАМИ ПО АДРЕСУ:

Отдел социальных пособий компании Mercy Health  
PO Box 631774  
Cincinnati, OH 45263-1774