

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)				

1. ЕСЛИ ВЫ УКАЗАЛИ НУЛЕВОЙ СУММАРНЫЙ ДОХОД, ТО ОТКУДА ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ? _____
2. В КАКОМ ШТАТЕ ВЫ ПРОЖИВАЛИ НА МОМЕНТ ВАШЕГО ВИЗИТА? _____
3. ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ИЛИ НА ПОЛУЧЕНИЕ КАКОЙ-ЛИБО ДРУГОЙ ПОМОЩИ ОТ ОКРУГА? НЕТ ДА
(ДАТА/ШТАТ _____)
4. БЫЛА ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА НА ДАТУ ОБСЛУЖИВАНИЯ? НЕТ ДА (ПРИЛОЖИТЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ КАРТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)
5. ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЯЗАНА С ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ? НЕТ ДА (НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ / № СТРАХОВОГО ТРЕБОВАНИЯ _____)
6. КТО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИМЕЕТ ТЕКУЩИЙ ИЛИ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ СЧЕТ? НЕТ ДА (СУММА _____)
7. КТО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИМЕЕТ КАКИЕ-ЛИБО ДРУГИЕ АКТИВЫ? НЕТ ДА (ТИП/СУММА _____)
8. 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:

Mercy Health Public Benefits Dept

PO Box 631774

Cincinnati, OH 45263-1774

Последняя редакция: 03.2024