

Внесите всю информацию полностью. Если это не относится к данному случаю, напишите «Н/П». При необходимости приложите дополнительные страницы*

ИНФОРМАЦИЯ О СКРИНИНГЕ

Вам нужен устный переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите предпочтительный язык:
Распространяется ли данный патент на программу Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получает ли пациент государственные социальные услуги, такие как TANF, Basic Food или WIC? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пациент в настоящее время бездомный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы получите финансовую помощь, даже если подадите заявку.
- После отправки заявки мы можем проверить всю предоставленную информацию и запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения нами вашей заполненной заявки и документов мы уведомим вас о том, имеете ли вы право на получение помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можно указать _____)	Дата рождения	Номер счета
Лицо, ответственное за оплату счета	Отношение к пациенту	Дата рождения
Почтовый адрес		Номер социального страхования (необязательно)
_____		Основной(ые) контактный(е) номер(а) () _____ () _____
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты: _____		
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета.		
<input type="checkbox"/> Дата начала работы (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (продолжительность безработицы: _____)		
<input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/>		

СЕМЕЙНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Перечислите членов вашей семьи, проживающих с вами, включая вас. К понятию "семья" относятся люди, состоящие в родстве по рождению, браку или усыновлению и проживающие вместе)

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости добавьте дополнительную страницу

Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если вам 18 лет или больше: Название предприятия(ий) или источник дохода	Если вам 18 лет или больше: Общий валовой месячный доход (до вычета налогов):	Вы также подаете заявку на получение финансовой помощи?
					<input type="checkbox"/> Да / Нет <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Да / Нет <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Да / Нет <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Да / Нет <input type="checkbox"/>

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ - КОНФИДЕНЦИАЛЬНО (продолжение)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

Напоминание: К заявлению необходимо приложить подтверждение дохода.

Вы должны предоставить информацию о имеющемся доходе вашей семьи. К источникам дохода относятся, например:

- Заработная плата – Пособие по безработице – Самозанятость – Компенсация работникам – Инвалидность – Дополнительный доход по социальному обеспечению – Алименты детям/супругам.
- Программы трудоустройства студентов – Пенсия – Выплаты из пенсионного счета – Прочее (пожалуйста, уточните _____)

Для определения размера финансовой помощи необходимо предоставить подтверждение дохода.

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше обязаны сообщить о своем имеющемся доходе. Если вы не можете предоставить подтверждающие документы, вы можете предоставить письменное заявление с вашей подписью, описывающее ваш доход.

Предоставьте подтверждающие документы по каждому указанному источнику дохода.

Примеры документов, подтверждающих доход, включают:

- Действительная справка об удержании налогов по форме "W-2"; или
- Действительные расчетные ведомости (за 3 месяца); или
- Последняя налоговая декларация, включая приложения, если таковые имеются; или
- Письменные, подписанные заявления от работодателей или других лиц; или
- Одобрение/отказ в предоставлении права на пособие по безработице.

Приведите один из упомянутых выше примеров, который достоверно отражает ваш последний доход. Если у вас нет подтверждения дохода или вы вообще не имеете дохода, приложите дополнительную страницу с объяснением.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если у вас есть другая информация о вашем действительном финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, о финансовых трудностях, сезонном или временном доходе или личных потерях.

СОГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что система здравоохранения MultiCare Health System может проверять информацию, анализируя кредитные данные и получая информацию из других источников, чтобы определить право на получение финансовой помощи или план оплаты.

Я подтверждаю, что вышеизложенная информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если предоставленная мной информация окажется ложной, это приведет к отказу в финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных услуг.

Подпись заявителя

Дата