

Первый раздел: Обязательные поля

Заполните все поля данного раздела. Неправильное заполнение этого раздела может привести к задержкам в оценке права на помощь.

Информация о пациенте

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: _____
 Улица: _____ Домашний телефон: _____
 Город/штат/почтовый индекс: _____ Рабочий телефон: _____

Название компании текущего медицинского страхования: _____

Номер страхового полиса: _____ Название группы/номер: _____

Члены семьи

Приложите дополнительные листы бумаги, если в составе семьи более восьми

Ф.И.О.	Родство Заявитель	Возраст
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

Ежемесячный семейный доход

Заработная плата (до выплаты налогов): _____	Рабочая компенсация: _____
Пособия: _____	Пособие на детей: _____
Социальное обеспечение: _____	Супружеская поддержка: _____
Выплаты по инвалидности или нетрудоспособности: _____	Льготы ветеранам: _____
Дополнительный социальный доход: _____	Рента: _____
Денежная помощь: _____	Прочие нетрудовые доходы (включает трасты, проценты/дивиденды и т. д.): _____
компенсацию по безработице: _____	

Подсчет семейных ресурсов

Перечислите доступные вам счета и ликвидные активы вашего семейного бюджета. Ликвидный актив определяется как денежные средства или любой тип оборотного актива, который можно быстро и легко конвертировать в наличные деньги. Не включайте свой дом, предметы домашнего обихода, транспортные средства, индивидуальные пенсионные счета, накопительные пенсионные счета 401(k) и другие неликвидные активы.

Депозитные сертификаты: _____	Рождественский или отпускной клуб: _____
Акции или облигации: _____	Сберегательные сертификаты: _____
Целевой фонд: _____	Средства на Сберегательном счете здоровья (HSA): _____
Сберегательный счет: _____	Сберегательные облигации США: _____
Чековый счет: _____	Другие (поясните): _____



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ

ПОМОЩЬ

Второй раздел: Дополнительные вопросы

По желанию вы можете ответить на приведенные ниже вопросы, чтобы лучше понять вашу способность платить за медицинское обслуживание. Расходы выше средних могут привести к корректировке на уменьшение дохода. Расходы ниже средних не приведут к корректировке на увеличение дохода.

Ежемесячные семейные расходы

Ипотека/аренда:	_____	Бензин:	_____
Налог на недвижимость:	_____	Электричество:	_____
Страхование:	_____	Телефон:	_____
Автокредит:	_____	Пособие на детей:	_____
Кредитные карты {Всего}:	_____	Супружеская поддержка:	_____
Вода:	_____	Внесение вкладов на Сберегательный счет здоровья (HSA):	_____
Газ:	_____	Другие (поясните):	_____

Ежемесячные медицинские расходы:

Страховые взносы:	_____	Посещения врача:	_____
Лечебное оборудование:	_____	Рецепты:	_____
Больница:	_____		

Третий раздел: Проверка доходов и ресурсов

Подтвердите все доходы и ресурсы, перечисленные в Первом разделе. Если вы не можете подтвердить некоторые или все свои доходы и ресурсы, поясните это на отдельном листе бумаги. Заявки не будут отклонены по причине невозможности подтвердить доход или ресурсы при условии, что этому будет дано разумное объяснение. Допустимые источники подтверждения включают, среди прочего, следующее:

- Письма о назначении премии или банковские выписки с указанием вкладов социального обеспечения, пособия по инвалидности или нетрудоспособности, пенсии, компенсации работникам или выплаты компенсации по безработице.
- Письма о назначении премии, судебные документы или банковские выписки с указанием вкладов по выплата пособий на детей или супруга.
- Документация других источников дохода.
- Если у семьи нет дохода, письма от лиц, которые помогают в повседневных потребностях, поясняющие помощь, которую они предоставляют (например, покупки продуктов питания или платежи за аренду и коммунальные услуги).
- Сберегательный счет здоровья (HSA) и другие специальные выписки по счету.
- Выписки с чекового и сберегательного счетов.
- Копия карточки(ек) медицинского страхования, если это применимо.

Четвертый раздел: сертификация

Подпишите и отправьте заполненную заявку вместе с документами, перечисленными в Третьем разделе, в:

Holy Redeemer Health System
Hospital Business Office
Кому: Financial Counseling (Финансовый консультант)
1648 Huntingdon Pike
Meadowbrook, PA 19046

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в этом заявлении, является достоверной и полной. Я понимаю, что умышленная фальсификация информации, содержащейся в этом заявлении, приведет к отказу в финансовой помощи.

Подпись: _____

Дата: _____