

Имя: _____ # MR: _____ № визита: _____

Для претендента на финансовую помощь:

Ниже приведена заявка на получение финансовой помощи. Пожалуйста, заполните и верните заявку по адресу, указанному внизу третьей страницы этой формы, вместе с любыми подтверждающими документами, запрашиваемыми ниже и относящимися к вашей конкретной финансовой ситуации.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДЕЙСТВУЮЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА

A) Укажите свой номер медицинской страховки здесь ►

B) Приложите копию вашей карты медицинской страховки.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА (приложите все, что применимо)

Социальные пособия:

- Копия письма о присуждении социального страхования или отчет о ежегодных социальных пособиях
- Копия вашего последнего чека о социальном пособии

Ветеранские пособия:

- Копия письма о присуждении пособия или справка о пособии
- Копия последней квитанции о выплате пособия

Пенсии:

- Копия справки о пенсионном пособии
- Копия последней квитанции о выплате пенсии

ТРЕБУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

(Копии последней справки или другое подтверждение)

Доход/активы:

- Депозитные сертификаты
- 401K, 403B, Keogh, IRA и другие пенсионные счета
- Ежегодные пособия
- Денежная стоимость полисов страхования жизни
- Траксты
- Брокерские счета
- Дивиденды/проценты
- Пособие на ребенка
- Алименты
- Акции, облигации и/или фонды взаимопомощи
- Другие инвестиции

Обязательства/расходы:

- Копия вашего последнего платежа по ипотеке или аренде
- Копии документов об уплате страховых взносов (полис домовладельца, страховка автомобиля и т. д.)
- Копии документов о платежах за медицинские услуги и/или рецептурные лекарства
- Копии документов о прочих обязательствах/расходах, понесенных вами
- Копии последних выписок со всех банковских счетов

Декларация по федеральным налогам и налогам штата

- Полная копия вашей последней декларации по федеральным налогам и налогам штата и налогам штата со всеми применимыми графиками

Другие относящиеся к делу финансовые данные:

- Копии заявлений о признании банкротом, актов распоряжения имуществом и т. д.

Если вы не можете предоставить копии каких-либо из вышеперечисленных документов, отправьте письмо с объяснением конкретных причин, по которым запрашиваемая информация не была приложена. В зависимости от обстоятельств может быть запрошена дополнительная информация.

При любых вопросах относительно прилагаемого пакета вы можете связаться с нами по телефону 410-938-3370.

С уважением,

Представитель отдела по работе с пациентами



ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Информация о вас

Имя _____
Имя Среднее имя Фамилия

Номер социального страхования _____ Семейное положение Холост/не замужем Женат/замужем Разлучен(а)
 Вдовец/вдова В разводе

Гражданство США Да Нет Постоянное проживание Да Нет

Домашний адрес _____ Телефон _____
Город Штат Почтовый индекс Страна

Работодатель _____ Телефон _____

Рабочий адрес _____
Город Штат Почтовый индекс

Члены домохозяйства

Имя	Возраст	Кем приходится пациенту
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Вы подавали заявку на медицинскую страховку? Да Нет Если да, когда вы подали заявку (дата)? _____

Если да, каково было решение? _____

Получаете ли вы какую-либо помощь от штата или округа? Да Нет

Patient Accounting - FA Representative
Sheppard Pratt
849 Fairmount Avenue
Floor 5
Towson, MD 21286

Имя _____
Имя Среднее имя Фамилия

I. **Доход семьи.** Укажите сумму вашего ежемесячного дохода из всех источников. От вас может потребоваться предоставить подтверждение дохода, активов и расходов. Если у вас нет дохода, предоставьте письмо поддержки от лица, предоставляющего вам жилье и питание.

	Ежемесячная сумма
Трудовая деятельность	_____
Пенсия / пенсионные пособия	_____
Социальные пособия	_____
Пособия по инвалидности	_____
Пособия по безработице	_____
Ветеранские пособия	_____
Алименты	_____
Доход от сдачи недвижимости в аренду	_____
Пособие, выдаваемое профсоюзом забастовщикам	_____
Военные выплаты	_____
Фермерство или самозанятость	_____
Другой источник дохода	_____
Итого	_____

II. **Ликвидные активы**

	Текущий баланс
Расчетный счет.....	_____
Сберегательный счет.....	_____
Акции, облигации, депозитные сертификаты или краткосрочные долговые ценные бумаги.....	_____
Другие счета.....	_____
Итого	_____

III. **Другие активы.** Если вы владеете какими-либо из следующих активов, укажите тип и приблизительную стоимость.

Дом	Остаток кредитной задолженности _____	Приблизительная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Дополнительное транспортное средство	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Дополнительное транспортное средство	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Прочее имущество		Приблизительная стоимость _____
Итого		_____

IV. **Ежемесячные расходы**

	Сумма
Аренда или ипотека	_____
Коммунальные платежи	_____
Платежи за автомобиль	_____
Кредитные карты.....	_____
Страховка автомобиля	_____
Медицинская страховка	_____
Прочие расходы на медицинские услуги	_____
Прочие расходы.....	_____

Есть ли у вас какие-либо другие неоплаченные медицинские счета? Да Нет **Итого** _____
За какую услугу? _____
Если вы согласовали план оплаты, каков ежемесячный платеж? _____

Если вы запрашиваете у больницы дополнительную финансовую помощь, больница может запросить дополнительную информацию для принятия дополнительного решения. Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что предоставленная информация является правдивой, и соглашаетесь уведомлять больницу о любых изменениях в предоставленной информации в течение десяти дней с момента изменения.

Подпись заявителя _____ Кем приходится пациенту _____ Дата _____