



# ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Заполните, пожалуйста, заявление финансовой помощи, указав сумму дохода и приложив иную необходимую документацию. Эта документация требуется для обработки вашего заявления. Если мы не получим от вас заявление и всю необходимую дополнительную документацию к указанной ниже дате, ваша заявка не будет рассмотрена.

**СЧЕТ(-А)**

## ИНФОРМАЦИЯ

ФИО ПАЦИЕНТА		Номер соц. страхования (SSN)	Дата рождения	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ Один. Жен.		ТЕЛЕФОН	
ФИО ПОРУЧИТЕЛЯ		Номер соц. страхования (SSN)	Дата рождения	ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ		ТЕЛЕФОН	
ФИО СУПРУГА(-И)		Номер соц. страхования (SSN)	Дата рождения	ТЕЛЕФОН			
АДРЕС			ГОРОД		РЕГИОН		ИНДЕКС
ПРЕДЫДУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ)		ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ТРУДОУСТРОЙСТВА		ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ: <input type="checkbox"/> АРЕНДА <input type="checkbox"/> СОБСТВ.		РАЗМЕР СЕМЬИ ВЗРОСЛЫХ _____ ДЕТЕЙ _____	
ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ)		ТЕЛЕФОН		ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (СУПРУГА(-И))		ТЕЛЕФОН	
АДРЕС		ГОРОД	РЕГИОН	ИНДЕКС	АДРЕС		ГОРОД    РЕГИОН    ИНДЕКС
ДОЛЖНОСТЬ		СТАЖ РАБОТЫ НА ЭТОМ МЕСТЕ		ДОЛЖНОСТЬ		СТАЖ РАБОТЫ НА ЭТОМ МЕСТЕ	
СОВОКУПНЫЙ ДОХОД: <input type="checkbox"/> ОДНА НЕДЕЛЯ <input type="checkbox"/> ДВЕ НЕДЕЛИ <input type="checkbox"/> ПОЛМЕСЯЦА <input type="checkbox"/> МЕСЯЦ				СОВОКУПНЫЙ ДОХОД: <input type="checkbox"/> ОДНА НЕДЕЛЯ <input type="checkbox"/> ДВЕ НЕДЕЛИ <input type="checkbox"/> ПОЛМЕСЯЦА <input type="checkbox"/> МЕСЯЦ			
<b>ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ</b>				<b>ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СУПРУГА(-И)</b>			
ЗАРПЛАТА		ДОХОД ОТ ПРОГРАММ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ		ЗАРПЛАТА		ДОХОД ОТ ПРОГРАММ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ	
ПЕНСИЯ		ДОХОД ОТ АРЕНДЫ		ПЕНСИЯ		ДОХОД ОТ АРЕНДЫ	
АЛИМЕНТЫ/ВЫПЛАТЫ В ПОЛЬЗУ РЕБЕНКА		ДРУГОЕ (В Т. Ч. ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ/ПОСОБИЯ ДЛЯ НУЖДАЮЩИХСЯ)		АЛИМЕНТЫ/ВЫПЛАТЫ В ПОЛЬЗУ РЕБЕНКА		ДРУГОЕ (В Т. Ч. ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ/ПОСОБИЯ ДЛЯ НУЖДАЮЩИХСЯ)	
<b>ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ</b>							
АРЕНДА/ИПОТЕКА/СТРАХ. СОБСТВ.		ПИТАНИЕ		СТРАХОВАНИЕ АВТО		УХОД ЗА РЕБЕНКОМ	
КОММ. ПЛАТЕЖИ		ХОЗТОВАРЫ		ЗАПРАВКА/РЕМОНТ АВТО		АЛИМЕНТЫ/ВЫПЛАТЫ В ПОЛЬЗУ РЕБЕНКА	
ТВ/ТЕЛЕФОН/ИНТЕРНЕТ		МЕД. РАСХОДЫ		ДРУГОЕ (ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ)			
КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?	КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?
КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?	КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?
КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?	КРЕДИТОР	ВЫПЛАТА	ОСТАТОК	ТЕКУЩИЙ?
СОВОКУПНЫЙ ДОХОД ЗА МЕСЯЦ			СОВОКУПНЫЕ РАСХОДЫ ЗА МЕСЯЦ			РАЗНИЦА	

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Нижеподписавшееся лицо подает заявку на получение финансовой помощи, указанной в данном заявлении, и подтверждает, что вся содержащаяся в данном заявлении информация является верной и представлена в целях получения финансовой помощи. Нижеподписавшееся лицо дает свое согласие на раскрытие необходимой медицинской и финансовой информации для осуществления оплаты третьим лицом и/или получения от его имени заместительных лекарственных препаратов от соответствующих программ фармацевтической компании. Оригинал или копия данного заявления будет храниться в Региональном центре здравоохранения Bothwell даже в том случае, если финансовая помощь не будет предоставлена. В случае фальсификации указываемой в данном заявлении информации заявка будет отклонена. Я понимаю, что в ходе рассмотрения моего заявления на предоставление финансовой помощи Региональный центр здравоохранения Bothwell может запросить отчет в кредитном бюро.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

## **НЕОБХОДИМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

---

*При подаче данного заявления предоставьте, пожалуйста, один [или несколько, если необходимо] из следующих документов в качестве подтверждения семейного дохода:*

- Копия формы IRS 1040 и все соответствующие Приложения (С, Е, F и т. п.) за последний налоговый год
- Копия формы W-2 за последний налоговый год для каждого взрослого работающего члена семьи
- Копия письма-подтверждения о получении пособия по социальному обеспечению за последний налоговый год для каждого лица, получающего пособия по социальному обеспечению
- Справка о получении еженедельных субсидий по безработице
- Копии квитанций об оплате за последние три месяца для каждого взрослого работающего члена семьи

*Пожалуйста, обратите внимание: предпочтительным способом подтверждения доходов является самая последняя федеральная налоговая декларация.*

*Возможно, от вас потребуется предоставление следующих документов:*

- Подтверждение обращения за пособиями в HealthNet штата Миссури или других пособий Medicaid, с отказом в удовлетворении такого обращения
- Подтверждение обращения на рынок медицинского страхования за получением полиса страхования коммерческих рисков, с подтверждением несоответствия правовым требованиям включения в программу

## **ПРИМЕЧАНИЯ**

---

***Заявления о финансовой помощи рассматриваются только в том случае, если пациент не имеет медицинской страховки и не соответствует требованиям включения в государственную программу здравоохранения.***

Данное заявление действительно только в отношении услуг и сборов Регионального центра здравоохранения Bothwell (Bothwell Regional Health Center, BRHC) и клиник BRHC.

Получив вашу документацию, мы рассмотрим ваше заявление на предмет предоставления вам полной или частичной финансовой помощи. Если вы не нуждаетесь в финансовой помощи или не имеете на нее права, но все равно не можете платить по счетам согласно инструкциям BRHC о заранее определенных платежах, мы рассмотрим возможность включения вашей заявки в предлагаемую нами программу, предусматривающую продленный срок уплаты.

В случае ее одобрения ваша заявка будет действительна в течение 6 (шести) месяцев в отношении оплаты необходимого лечения и/или срочных посещений врача, и в этот период времени мы рассмотрим дополнительные счета BRHC в качестве утверждения финансовой помощи. Если в настоящее время вы уже имеете какой-либо план оплаты Регионального центра здравоохранения Bothwell в результате предыдущего лечения, мы выполним переоценку вашего плана оплаты, добавив в него другие сборы, чтобы убедиться в надлежащем характере оплаты с точки зрения как соглашения, так и баланса.

Представитель пациента по финансовым услугам письменно известит вас о том, была ли одобрена ваша заявка. Вся ваша информация будет храниться конфиденциально, в соответствии со строгими требованиями о защите информации, действующими в Региональном центре здравоохранения Bothwell.

## **ИНСТРУКЦИИ КАСАТЕЛЬНО ПЛАНА ОПЛАТЫ**

---

Платежи должны составлять как минимум 50 долл. США каждый месяц, максимум — 36 (тридцать шесть) месяцев, для того чтобы полностью оплатить счет. Пожалуйста, примите во внимание, что если оплата не будет поступать ежемесячно, а предварительные договоренности будут отсутствовать, то счет может быть признан дефолтным и будет подлежать инкассации.



**Финансовые услуги для  
пациентов** 601 East 14th  
Street Sedalia, Missouri  
65301  
(660) 826-8833

Номер мед. карты  
пациента

ФИО

## СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я соглашаюсь на раскрытие информации Региональному центру здравоохранения Bothwell о статусе любых заявок на получение/дел о предоставлении Medicaid. Настоящее согласие ограничено следующим:

- Статус заявки на получение/дела о предоставлении Medicaid (на рассмотрении, утверждено, отклонено), и/или
- Потраченная сумма и/или имеющаяся задолженность по моему делу о предоставлении Medicaid.

Срок действия настоящего согласия истекает после уведомления Регионального центра здравоохранения Bothwell о моем праве участия в программах Medicaid.

Работник Службы поддержки семьи может раскрывать эту информацию, в письменной или устной форме, исключительно в целях оказания поддержки Региональному центру здравоохранения Bothwell в выставлении счетов Medicaid за понесенные медицинские расходы.

**Настоящим я (мы) освобождаю(-ем) Службу поддержки семьи от любой ответственности за предоставленную информацию, касающуюся данного согласия.**

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

ПОДПИСЬ СУПРУГА(-И)

ДАТА

ПОДПИСЬ ДРУГОГО ЛИЦА

ДАТА

НАЗВАНИЕ ДЕЛА

НОМЕР ДЕЛА

ФИО ОТВЕТСТВЕННОГО СОТРУДНИКА

НАЗВАНИЕ ЗАГРУЗКИ