



## ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

СЧЕТ(-А)

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

ДАТА ПОДАЧИ

КОНЕЧНАЯ ДАТА

ИНФОРМАЦИЯ									
Имя и фамилия пациента			Номер соц. страхования (SSN) - обязательно		Дата рождения		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ Неж. (незам.) Жен. (зам.) Разв. Вдов.		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ			Номер соц. страхования (SSN) - обязательно		Дата рождения		ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ		ТЕЛЕФОН
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СУПРУГА(-И)			Номер соц. страхования (SSN) - обязательно		Дата рождения		ТЕЛЕФОН		
АДРЕС				ГОРОД			ШТАТ		ПОЧТОВЫЙ 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	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	АДРЕС		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ДОЛЖНОСТЬ			СТАЖ РАБОТЫ НА ЭТОМ МЕСТЕ			ДОЛЖНОСТЬ			СТАЖ РАБОТЫ НА ЭТОМ МЕСТЕ
СОВОКУПНЫЙ ДОХОД: <input type="checkbox"/> ОДНА НЕДЕЛЯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					СОВОКУПНЫЙ ДОХОД: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> МЕСЯЦ				
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ					ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СУПРУГА(-И)				
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)		
СОВОКУПНЫЙ ДОХОД ЗА МЕСЯЦ				ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ				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

ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ ИЛИ СУПРУГА(-И)

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 домохозяйства
- 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 домохозяйства

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

## ПРИМЕЧАНИЯ

---

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 одного (1) года 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.

**Отправить**