

ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ: _____

НОМЕР РАХУНКУ: _____

П. І. Б. ПАЦІЄНТА АБО ЗАЯВНИКА: _____

АДРЕСА: _____

МІСТО: _____ ШТАТ: _____ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОН: _____ СІМЕЙНИЙ СТАН: _____

ДЛЯ РОЗГЛЯДУ ПИТАННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ НЕОБХІДНО ЗАПОВНИТИ НАСТУПНІ ПОЛЯ. ЗВЕРНІТЬ УВАГУ, ЩО НЕЗАСТРАХОВАНІ ПАЦІЄНТИ ПОВИННІ СПІВПРАЦЮВАТИ З НАШИМ ПОСТАЧАЛЬНИКОМ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ, ПЕРШ НІЖ ОТРИМАТИ ДОПОМОГУ.
(Вкажіть чоловіка/дружину та дітей віком до 18 років, які проживають у домогосподарстві та дати їхнього народження)

П. І. Б.	КИМ ПРИХОДИТЬСЯ ПАЦІЄНТУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 3 МІСЯЦІВ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 12 МІСЯЦІВ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ, НАЙМЕНУВАННЯ РОБОТОДАВЦЯ (ЗАЗНАЧИТИ, ЯКЩО ВИ Є СТУДЕНТОМ КОЛЕДЖУ)
	САМОЗАЙНЯТИСТЬ				

1. ЯКЩО ВИ ВКАЗАЛИ НУЛЬОВИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД, ЯКУ ДОПОМОГУ ВИ ОТРИМУЄТЕ? _____
2. В ЯКОМУ ШТАТІ ВИ ЖИЛИ НА ЧАС ВІЗИТУ? _____
3. ЧИ ПОДАВАЛИ ВИ ЗАЯВКУ НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АБО БУДЬ-ЯКОЇ ІНШОЇ ДОПОМОГИ В ОКРУЗІ? НІ ТАК (ДАТА/ШТАТ _____)
4. ЧИ БУЛО У ВАС МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА ДЕНЬ НАДАННЯ ПОСЛУГИ? НІ ТАК (НАДАЙТЕ КОПІЮ КАРТКИ РАЗОМ ІЗ ЦІЄЮ ЗАЯВКОЮ)
5. ЧИ БУЛА ДАТА НАДАННЯ ПОСЛУГИ ПОВ'ЯЗАНА З АВТОМОБІЛЬНОЮ АВАРІЄЮ? НІ ТАК (НАЗВА СТРАХУВАННЯ / № ВИМОГИ _____)
6. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ РОЗРАХУНКОВИЙ АБО ДЕПОЗИТНИЙ РАХУНОК? НІ ТАК (ЗАЛИШОК НА РАХУНКУ: _____)
7. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ БУДЬ-ЯКІ ІНШІ АКТИВИ? НІ ТАК (ТИП/СУМА) _____
8. У ВАС ВЛАСНЕ ЖИТЛО ЧИ ВИ ОРЕНДУЄТЕ ЙОГО? ВЛАСНЕ ЖИТЛО ОРЕНДУЄМО ІНШЕ (_____)

СТОСОВНО ПЕРЕЛІЧЕНИХ ВИЩЕ АКТИВІВ, ЩО ПРИНОСЯТЬ ДОХІД, ВИ ПОВИННІ НАДАТИ НАСТУПНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО КОЖНОГО ЧЛЕНА ДОМОГОСПОДАРСТВА:

(позначте відповідні пункти)

- ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ = ДОХІД ЗА 3 АБО 12 МІСЯЦІВ САМОЗАЙНЯТИСТЬ = ЗАПОВНЕНІ ПОДАТКОВІ ДЕКЛАРАЦІЇ, ВКЛЮЧАЮЧИ ФОРМУ С
- БЕЗРОБІТТЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ ДОПОМОГА НА ДИТИНУ = ДОКУМЕНТ, ВИДАНИЙ ЗА НАКАЗОМ СУДУ
- СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ ІНШЕ = ПІДТВЕРДЖЕННЯ БУДЬ-ЯКОГО ІНШОГО ДОХОДУ, НАПРИКЛАД ДИВІДЕНДІВ, ВІДСОТКІВ, ДОХОДУ ВІД ОРЕНДИ
- ПЕНСІЯ АБО ІНВАЛІДНІСТЬ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ РОЗРАХУНКОВИЙ РАХУНОК / ДЕПОЗИТ = АКТУАЛЬНА ВИПІСКА ЗА 30 ДНІВ ДЛЯ КОЖНОГО РАХУНКУ

ПОСВІДЧЕННЯ: ПІДПИСУЮЧИ ЦЕЙ ДОКУМЕНТ, Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО ВІДПОВІДІ, ВКАЗАНІ В ЦІЙ ЗАЯВЦІ, Є ПРАВДИВИМИ. ЯКЩО ПІД ЧАС ПОДАЛЬШОЇ ПЕРЕВІРКИ ЗАЯВКИ НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИ БУДЕ ВІЯВЛЕНО, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, НАДАНА ОСОБОЮ, БУЛА НЕПРАВИЛЬНОЮ АБО ШАХРАЙСЬКОЮ, РІШЕННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ МОЖЕ БУТИ СКАСОВАНО, А ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ОСОБИ БУДЕ ВИСТАВЛЕНО РАХУНОК. Я РОЗУМІЮ, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ Я НАДАЮ, ПІДЛЯГАЄ ПЕРЕВІРЦІ МОЇМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ, У ТОМУ ЧИСЛІ БЮРО КРЕДИТНИХ ІСТОРІЙ, А ТАКОЖ ЇЇ МОЖУТЬ ПЕРЕВІРЯТИ ФЕДЕРАЛЬНІ ТА/АБО ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ ТА ІНШІ ОСОБИ, ЗА НЕОБХІДНОСТІ.

ПІДПИС ПАЦІЄНТА: _____ ДАТА: _____

ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА: _____ КИМ ПРИХОДИТЬСЯ: _____ ДАТА: _____
(ЯКЩО ЗАЯВКУ ЗАПОВНЮЄ НЕ САМ ПАЦІЄНТ)

НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ ТА ДОКУМЕНТАЦІЮ ПОШТОЮ НА АДРЕСУ:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360

Cincinnati, OH 45263-1360

Остання редакція: 03/2024