

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ: _____

НОМЕР СЧЕТА: _____

Ф. И. О. ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____

АДРЕС: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОН: _____ СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: _____ SSN: _____

ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ПОЛЯ НИЖЕ, ЧТОБЫ ВОПРОС ПОЛУЧЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ БЫЛ РАССМОТРЕН. ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ, ЧТО НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ ПРОВЕРКУ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ У НАШЕГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ДО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ.

(Укажите супруга (-у) и детей-иждивенцев в возрасте до 18 лет, проживающих вместе с вами, и даты их рождения)

Ф. И. О.	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СУММАРНЫЙ ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 3 МЕСЯЦА ДО ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ	СУММАРНЫЙ ОБЩИЙ ДОХОД ЗА 12 МЕСЯЦЕВ ДО ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ	ИСТОЧНИК ДОХОДА, НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ВЫ СТУДЕНТ)
	Я САМ (САМА)				

1. ЕСЛИ ВЫ УКАЗАЛИ НУЛЕВОЙ СУММАРНЫЙ ДОХОД, ТО ОТКУДА ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ? _____
2. В КАКОМ ШТАТЕ ВЫ ПРОЖИВАЛИ НА МОМЕНТ ВИЗИТА? _____
3. ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В MEDICAID ИЛИ ПОЛУЧЕНИЕ КАКОЙ-ЛИБО ДРУГОЙ ПОМОЩИ ОТ ОКРУГА? НЕТ ДА (ДАТА/ШТАТ _____)
4. БЫЛА ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА В ДЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ? НЕТ ДА (ПРИЛОЖИТЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ СТРАХОВОЙ КАРТЫ)
5. ДЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЯЗАН С ДТП? НЕТ ДА (НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВКИ / № СТРАХОВОГО ТРЕБОВАНИЯ _____)
6. ЕСТЬ ЛИ ТЕКУЩИЙ ИЛИ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ СЧЕТ У ЧЛЕНА СЕМЬИ, С КОТОРЫМ ВЫ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЕТЕ И ВЕДЕТЕ ОБЩЕЕ ДОМАШНЕЕ ХОЗЯЙСТВО? НЕТ ДА (СУММА _____)
7. ЕСТЬ ЛИ ДРУГИЕ АКТИВЫ У ЧЛЕНА СЕМЬИ, С КОТОРЫМ ВЫ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЕТЕ И ВЕДЕТЕ ОБЩЕЕ ДОМАШНЕЕ ХОЗЯЙСТВО? НЕТ ДА (ТИП/СУММА _____)
8. У ВАС СОБСТВЕННОЕ ЖИЛЬЕ ИЛИ АРЕНДОВАННОЕ? СОБСТВЕННОЕ АРЕНДОВАННОЕ ДРУГОЕ (_____)

ПО ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ВЫШЕ ДОХОДНЫМ АКТИВАМ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО КАЖДОМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ, С КОТОРЫМ ВЫ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЕТЕ И ВЕДЕТЕ ОБЩЕЕ ДОМАШНЕЕ ХОЗЯЙСТВО:

(пометьте галочкой получаемые статьи доходов)

- ТРУДОУСТРОЙСТВО — ДОХОД ЗА 3 ИЛИ 12 МЕСЯЦЕВ САМОЗАНЯТОСТЬ — ЗАПОЛНЕННЫЕ БЛАНКИ НАЛОГОВЫХ ДЕКЛАРАЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИЛОЖЕНИЕ С
- ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ АЛИМЕНТЫ — ПОСТАНОВЛЕНИЕ СУДА
- СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ ДРУГОЕ — ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПОЛУЧЕНИЯ ДРУГОГО ДОХОДА, НАПРИМЕР ДИВИДЕНДОВ, ПРОЦЕНТОВ, ДОХОДА ОТ АРЕНДЫ
- ПЕНСИЯ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ ТЕКУЩИЕ/СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА — ВЫПИСКА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ ПО КАЖДОМУ СЧЕТУ

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ: ПОДПИСЫВАЯ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ ДОСТОВЕРНОСТЬ ОТВЕТОВ В ДАННОМ БЛАНКЕ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ПОСЛЕДУЮЩАЯ ПРОВЕРКА ЗАЯВЛЕНИЯ ЛИЦА, ОБРАЩАЮЩЕГОСЯ ЗА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩЬЮ, ВЫЯВИТ, ЧТО ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИМ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТОВЕРНОЙ ИЛИ НОСИТ МОШЕННИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, РЕШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕСМОТРЕНО, А ВИНОВНОЙ СТОРОНЕ ВЫСТАВЛЕН СЧЕТ НА ДЕНЕЖНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ. Я ОСОЗНАЮ, ЧТО ПОДАННАЯ МНОЮ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРОВЕРЯТЬСЯ МОИМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, А ТАКЖЕ АГЕНТСТВАМИ КРЕДИТНОЙ ИНФОРМАЦИИ, И ПОДЛЕЖИТ ПРОВЕРКЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ АГЕНТСТВАМИ И (ИЛИ) АГЕНТСТВАМИ ШТАТА И ДРУГИМИ ОРГАНАМИ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА: _____ ДАТА: _____

ЗАЯВИТЕЛЬ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ С ПРАВОМ ПОДПИСИ: _____ КЕМ ПРИХОДИТСЯ: _____ ДАТА: _____
(ВМЕСТО ПАЦИЕНТА)

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ ВМЕСТЕ
С ДОКУМЕНТАМИ ПО АДРЕСУ:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360
Cincinnati, OH 45263-1360

Последняя редакция: 01.2022