

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Ф. И. О. ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____

АДРЕС: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОН: _____ СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: _____

ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ: _____

НОМЕР СЧЕТА: _____

НОМЕР CSN: _____

МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: _____

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. РЕШЕНИЯ ПРИНИМАЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЗАПОЛНЕННОГО БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ И ПРОВЕРКИ У НАШЕГО ПОСТАВЩИКА

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)				

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ТРУДОУСТРОЙСТВО — ДОХОД ЗА 3 ИЛИ 12 МЕСЯЦЕВ | <input type="checkbox"/> САМОЗАНЯТОСТЬ — ЗАПОЛНЕННЫЕ БЛАНКИ НАЛОГОВЫХ ДЕКЛАРАЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИЛОЖЕНИЕ С |
| <input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ | <input type="checkbox"/> АЛИМЕНТЫ — ПОСТАНОВЛЕНИЕ СУДА |
| <input type="checkbox"/> СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ | <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ — ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПОЛУЧЕНИЯ ДРУГОГО ДОХОДА, НАПРИМЕР ДИВИДЕНДОВ, ПРОЦЕНТОВ, ДОХОДА ОТ АРЕНДЫ |
| <input type="checkbox"/> ПЕНСИЯ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ — ПИСЬМО О НАЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ | <input type="checkbox"/> 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 ВИНОВОЙ 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)

ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ ВМЕСТЕ С ДОКУМЕНТАМИ НЕОБХОДИМО ОТПРАВИТЬ ПО АДРЕСУ:

Bon Secours Southside Regional Medical Center
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805