



Редакция: июль 2022 г.

Уважаемый заявитель,

Ascension проявляет соучастие и ставит своей целью предоставление персонализированной помощи всем, и особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и долг — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за то, что вы доверили нам заботу о вас и вашей семье в отношении всех ваших потребностей в медицинском обслуживании.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не просили об этом, пожалуйста, не обращайтесь на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните все страницы, поставьте свою подпись и дату. Если вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и вам была одобрена финансовая помощь, пожалуйста, сообщите нам об этом. Возможно, вам не потребуется заполнять новое заявление. Мы не рассматриваем предыдущие заявления, поданные более чем шесть месяцев назад.

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию **хотя бы одного** из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг или партнер также должны будут предоставить копию **хотя бы одного** из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов)
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора». Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду, что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем незаполненные заявления.

Помните, что связь по электронной почте через Интернет не является защищенной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее сохранность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать, заполнить заявление и передать его лично или по почте на этот адрес:

Lourdes Hospital
Attn: Patient Financial Assistance Program
169 Riverside Drive
Binghamton, NY 13905

Если у вас возникли вопросы по заполнению этого заявления, позвоните нашим финансовым консультантам по номеру 607-584-5522.

С уважением,
Отдел финансовой помощи пациентам
LOURDES



Lourdes

part of Ascension

Редакция: июль 2022 г.

Форма Заявления на получение финансовой помощи

Сведения о пациенте

(Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если это не применимо, в каждой отдельной строке заявления)

Дата _____ Номер пациента _____

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон _____

работодателя _____

Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

(Если указанный выше пациент является ответственным лицом, не заполняйте этот раздел).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон _____

работодателя _____

Информация о супруге ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон _____

работодателя _____

Зависимые лица ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Количество взрослых и детей, проживающих в домашнем хозяйстве _____

Ежемесячный доход*(Заполните суммы в долларах в каждом следующем пункте. Укажите сумму в месяц в каждом пункте).*

Полученный заявителем доход _____
 Доход супруга(-и) заявителя _____
 Пособия по социальному обеспечению _____
 Пенсия / пенсионный доход _____
 Пособие по инвалидности _____
 Пособие по безработице _____
 Компенсация работнику _____
 Доход по процентам / дивидендам _____

Полученное пособие на ребенка _____
 Полученные алименты _____
 Доход от сдачи в аренду недвижимости _____
 Продовольственные талоны _____
 Полученные дивиденды целевого фонда _____
 Другие доходы _____
 Другие доходы _____
Общий валовой ежемесячный доход, долл. США _____

Ежемесячные расходы на проживание

Ипотека / аренда _____
 Коммунальные услуги _____
 Телефон (стационарный) _____
 Сотовый телефон _____
 Продовольственные товары / продукты питания _____
 Кабельное ТВ / Интернет / Спутниковое телевидение _____
 Платеж за автомобиль _____
 Уход за ребенком _____

Пособие на ребенка / алименты _____
 Кредитные карты _____
 Счета за услуги врача / больницы _____
 Страхование автомобиля / транспортных средств _____
 Страхование дома / имущества _____
 Медицинское страхование / Страхование от болезней _____
 Страхование жизни _____
 Прочие ежемесячные расходы _____
Всего ежемесячных расходов, долл. США _____

Активы

Наличные / сбережения / текущие счета _____
 Акции / облигации / инвестиции / депозитные сертификаты _____
 Другая недвижимость / второе жилье _____
 Лодка / внедорожник / мотоцикл / транспортное средство для отдыха _____
 Коллекционные автомобили / автомобили не первой необходимости _____
 Прочие активы _____

Настоящим подтверждаю, что указанные выше сведения являются достоверными и полными. Настоящим уполномочиваю больницу при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Комментарии _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Одобренная скидка %: _____ Дата одобрения: _____ Подпись уполномоченного лица: _____



Lourdes

part of Ascension

Редакция: июль 2022 г.

Письмо-разрешение

Номер медицинской карты заявителя / номер пациента:

Имя спонсора:

Правоотношение к заявителю:

Адрес спонсора:

К сведению Lourdes:

Настоящим письмом подтверждаю, что _____ получает мало или совсем не имеет дохода, и я помогаю оплачивать его/ее расходы на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной. Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора: _____

Подпись заявителя: _____

Дата: _____