

# Форма Заявления на получение финансовой помощи



Ascension

## Сведения о пациенте

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

Дата \_\_\_\_\_ Номер пациента \_\_\_\_\_  
Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Номер социального страхования (только для целей выставления счета и идентификации) \_\_\_\_\_  
Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_  
Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

## **Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне**

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

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Номер социального страхования (только для целей выставления счета и идентификации) \_\_\_\_\_  
Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_  
Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

## **Информация о супруге ответственного лица**

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

Дата \_\_\_\_\_ Номер пациента \_\_\_\_\_  
Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Номер социального страхования (только для целей выставления счета и идентификации) \_\_\_\_\_  
Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_  
Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона 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 семье \_\_\_\_\_

### Ежемесячный доход

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

Трудовой доход заявителя _____	Полученное пособие на ребенка _____
Трудовой доход заявителя _____	Полученные алименты _____
Пособие по социальному страхованию _____	Доход от сдачи в аренду недвижимости _____
Пенсия _____	Продовольственные талоны _____
Пособие по инвалидности _____	Полученные дивиденды целевого фонда _____
Пособие по безработице _____	Другой доход _____
Пособие по нетрудоспособности _____	Другой доход _____
Доход по процентам / дивидендам _____	<b>Общий валовой ежемесячный доход, долл. США _____</b>

### Ежемесячные расходы на проживание

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

Ипотека/аренда _____	Пособие на ребенка/алименты _____
Коммунальные услуги _____	Кредитные карты _____
Телефон (стационарный) _____	Счета врача/больницы _____
Мобильный телефон _____	Страхование автомобиля / транспортных средств _____
Продовольственные товары / продукты питания _____	Страхование дома / имущества _____
Кабельное ТВ / Интернет / Спутниковое телевидение _____	Медицинское страхование / страхование от болезней _____
Платеж за автомобиль _____	Страхование жизни _____
Уход за ребенком _____	Прочие ежемесячные расходы _____
	<b>Всего ежемесячных расходов, долл. США _____</b>

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

---

---

---

---

---

---

---





**Ascension**

# Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента \_\_\_\_\_

Имя спонсора \_\_\_\_\_

Правоотношение к пациенту / заявителю \_\_\_\_\_

Адрес спонсора \_\_\_\_\_

К сведению Ascension:

Настоящим письмом подтверждаю, что (имя пациента) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



# Ascension

[Date]

Уважаемый пациент/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 внимание на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните обе его стороны, 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(-а) 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 указана персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

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

Ascension St. Joseph/Standish Hospital  
Financial Counseling Department  
200 Hemlock  
Tawas City, MI 48764

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, позвоните специалисту по работе с пациентами по номеру 989-984-3796

С уважением,

Отдел финансовой помощи пациентам  
Ascension