

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 _____ Название больницы _____

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 _____



Ascension

Письмо-разрешение

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

ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДАННЫХ

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:

Ascension St. John Hospital
Attn: Financial Counseling/FAP
22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236

1-866-501-3627, опция 3