

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 внимание 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  
ASCENSION LOURDES

# 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Редакция: июль 2020 г.

## Письмо-разрешение

Номер медицинской карты заявителя / номер пациента:

Имя спонсора:

Правоотношение к заявителю:

Адрес спонсора:

К сведению Ascension 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: \_\_\_\_\_