

Программа оказания финансовой помощи в больнице

Благодарим вас за выбор больницы Saint Agnes Hospital для решения своих медицинских проблем.

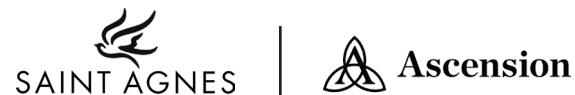
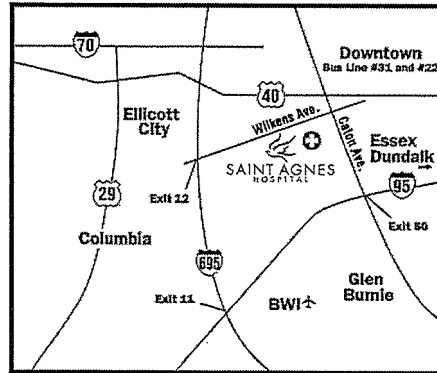
Вы выразили интерес в подаче заявки на Программу оказания финансовой помощи в больнице. Для рассмотрения заявки необходимо предоставить в наш офис требуемые документы:

- заполненная заявка
- декларация по федеральному подоходному налогу за предыдущие годы
- доказательство текущего дохода или, если не трудоустроены, доказательство компенсации трудоустройства или письмо поддержки
- доказательство любых расследований
- копия чековых книжек и/или книжек сберегательных счетов
- копии любых неоплаченных медицинских счетов

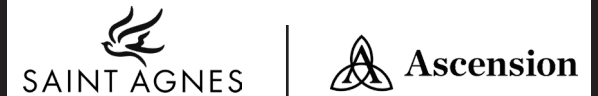
После завершения процесса оценки вас уведомят о размере скидки в процентах, если она будет назначена, которая будет применена к вашим неоплаченным счетам.

Если мы не получим запрошенную необходимую информацию в течение 15 дней, мы будем придерживаться стандартной процедуры взыскания задолженности. При возникновении вопросов или проблем вы можете связаться с консультантом по работе с пациентами по телефону 667-234-2140.

Благодарим вас за выбор больницы Saint Agnes Hospital для решения своих медицинских проблем!



900 S. Caton Avenue
Mailstop 045
Baltimore, MD 21229
667-234-2140
Телетайп: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com



ФИНАНСОВЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Стандартная заявка
на получение
финансовой помощи
в штате Мэриленд

Стандартная заявка на получение финансовой помощи в штате Мэриленд

Информация о вас

ФИО: _____
имя отчество фамилия

Номер социального страхования: _____

Дата рождения: _____

Семейное положение: холостой/незамужняя женат/замужем
в разводе

Гражданин США: да нет

Постоянный житель: да нет

Домашний адрес: _____

город штат индекс

район телефон

Имя работодателя: _____

Рабочий адрес: _____

город штат индекс

Совместно проживающие лица:

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

ФИО возраст родство

Подávalи ли вы ранее заявку на медицинскую помощь?
да нет

Если да, укажите дату _____

Если да, укажите результат _____

Получали ли вы любой вид помощи
от штата или района? да нет

I. Семейный доход Ежемесячная сумма

Работа _____

Трудовая пенсия/
пенсионное пособие _____

Социальное пособие _____

Государственное соц.
обеспечение _____

Пособие по инвалидности _____

Пособие по безработице _____

Пособие для ветеранов _____

Алименты _____

Доход от сдачи в аренду _____

Пособие бастующим _____

Выплаты военным _____

Ферма или индивидуальная
трудова́я деятельность _____

Другие источники дохода _____

Всего _____

II. Ликвидные активы

Чековый счет _____

Сберегательный счет _____

Акции, облигации, депозитные
сертификаты или
краткосрочные
фин. инструменты _____

Другие счета _____

Всего _____

III. Другие активы

Если вы владеете следующими предметами, укажите их
тип и приблизительную стоимость.

Дом: остаток задолженности: _____ стоимость: _____

Автомобиль: марка: _____ год: _____ стоимость: _____

Автомобиль: марка: _____ год: _____ стоимость: _____

III. Другие активы

Автомобиль: марка: _____ год: _____ стоимость: _____

Другая собственность: _____

Всего _____

IV. Ежемесячные расходы

 Ежемесячная сумма

Аренда или ипотека _____

Коммунальные услуги _____

Выплата(-ы) за автомобиль(-и) _____

Кредитная(-ые) карта(-ы) _____

Страховка автомобиля _____

Другие медицинские расходы _____

Другие расходы _____

Всего _____

Если ли у вас другие неоплаченные медицинские счета?

да нет Если да, укажите сумму _____

За какие услуги? _____

Если вы договорились о ежемесячном плане выплат,
каков ежемесячный платеж? _____

Если вы обращаетесь с просьбой о расширении
дополнительной финансовой помощи от больницы,
больница может запросить дополнительную
информацию, чтобы принять решение о дополнительном
финансировании. Подписывая эту форму, вы подтверждаете,
что вся указанная информация верна, и соглашаетесь
уведомить больницу о любых изменениях этих данных
в течение десяти дней с момента такого изменения.

Подпись заявителя

Родство с пациентом

Дата