***Заявление на получение финансовой поддержки***

Учётная запись пациента №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская карта №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя, фамилия пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Фамилия Имя Инициалы мес. день год

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ дома, улица, № кв., город, штат, почтовый индекс

Работодатель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доход (укажите суммарный доход, который получаете вы, ваш супруг или супруга и другие проживающие с вами члены семьи):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Источник общего ежемесячного дохода** | **Доход пациента** | **Доход супруга/супруги** |
| Заработная плата / Самозанятость |  |  |
| Пособие по безработице |  |  |
| Пособия по социальному обеспечению |  |  |
| Пенсия |  |  |
| Пособие по инвалидности / Компенсация работникам |  |  |
| Алименты / Пособие на ребёнка |  |  |
| Дивиденды / проценты / доходы с аренды |  |  |
| Все другие источники дохода |  |  |
| **Итого** |  |  |

Для получения финансовой поддержки необходимо предоставить подтверждение источников дохода / наличия средств, например:

1) корешки чеков;

2) другие запрашиваемые документы, подтверждающие постоянный доход семьи.

Размер семьи: \_\_\_\_\_\_\_ Укажите членов семьи, проживающих вместе с вами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИМЯ, ФАМИЛИЯ** | **ВОЗРАСТ** | **РОДСТВО** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

\*ПРИМЕЧАНИЕ: если не хватает места, приложите дополнительный лист

Я понимаю, что предоставляемую мной информацию об общем доходе и размере семьи будут проверять представители больницы. Я также понимаю, что если в результате проверки будет установлено, что предоставленная мной информация недостоверна, мне не будет предоставлена финансовая поддержка, и я буду нести ответственность за оплату всех предоставленных мне услуг. Результат проверки достоверности информации также повлияет на право получения финансовой помощи по предыдущим одобренным обращениям с использованием этой же информации: соответствующее право будет отозвано, и я буду нести ответственность за оплату всех предоставленных мне услуг.

Я подтверждаю достоверность, полноту и правильность указанной выше информации в соответствии с имеющимися у меня сведениями. Кроме того, я даю разрешение Brookdale Hospital Medical Center на проверку любой информации, относящейся к этому заявлению.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО печатными буквами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если у вас есть вопросы, или для заполнения этого заявления вам требуется помощь, позвоните в финансовый отдел (718) 240-5240.

Если вы получили счёт или счета от больницы, нажмите здесь: \_\_\_\_

Вы не обязаны выполнять какие-либо действия по счетам, пока больница не примет решение по данному заявлению.

Отправьте форму с полной информацией и прилагаемые документы по адресу:

Financial Investigations Office — 4th Floor — Snapper Building