ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

(Все поля обязательны для заполнения, если не указано иное)

Patient Last Name, First	Date of Birth	Social Security Number	*Number of Peo- ple in Household	Last 12 Months Annual Household Income $
If Minor, Guarantor's Last Name, First	Date of Birth	Social Security Number	Guarantor's Source of Income	
Vehicles in Household including Cars/Boats/RV's (Year/Make/Model) (Optional)	Checking/Savings Account Balance (Optional)	Properties Owned and Values (Optional)	CD/Retirement/ Investment Account Balances (Optional)	Other Assets (Optional)
Patient Street Address		Home Phone Number	If income is $0, please check one:	
City, State, Zip Code		Alternate Phone Number		Lives with Relative(s)
Number of children under age 21 in the home: _____				Lives with Friend(s)
				Retired
				Unemployed
				Disabled
				Homeless

Прочитайте, прежде чем подписать. Настоящим я ПОДТВЕРЖДАЮ, что предоставленная мной информация является точной и достоверной, насколько мне известно. Я самостоятельно или с помощью специалистов лечебного учреждения подаю заявку на ВСЕ ВИДЫ ПОМОЩИ, которые могут полагаться мне от федеральных или местных органов управления, а также органов управления штата либо из частных источников, для оплаты счета за лечение. Я понимаю, что если запрашиваемая информация будет предоставлена без участия лечебного учреждения, мое заявление на возможную финансовую помощь может быть отклонено. Настоящим я разрешаю и предоставляю полномочия любому аккредитованному представителю медицинской программы предоставлять моему лечебному учреждению ВСЮ информацию относительно статуса данного заявления на получение помощи и, в случае его отклонения, причины такового. Я обязуюсь ПЕРЕДАТЬ лечебному учреждению ВСЕ СРЕДСТВА, полученные из указанных выше источников на оплату СЧЕТА ЗА ЛЕЧЕНИЕ данного учреждения. Я, от своего имени, а также от имени ближайших родственников, уполномоченных представителей, врачей, советников (в том числе духовных наставников) и адвокатов, выражаю согласие сохранять в строжайшей секретности все письменные сообщения и/или устные обсуждения между мной и лечебным учреждением относительно услуг, предоставляемых мне лечебным учреждением. Я понимаю, что предоставляемая мной информация подлежит проверке лечебным учреждением, в том числе кредитным агентством, а также ФЕДЕРАЛЬНЫМИ АГЕНТСТВАМИ и/или АГЕНТСТВАМИ ШТАТОВ и другими организациями, как необходимо. Я РАЗРЕШАЮ моему работодателю предоставить лечебному учреждению подтверждение моего дохода. Я ПОНИМАЮ, что если любая предоставленная мной информация окажется недостоверной, лечебное учреждение проведет повторную оценку моего финансового положения и примет соответствующие меры. **Для подачи заявления на получение помощи может потребоваться, по крайней мере, один документ, подтверждающий доход семьи. Подтверждающие документы могут включать, кроме всего прочего, налоговую декларацию за последний год, текущую форму W-2, нотариально заверенное письмо поддержки и т. д. Обращения за получением помощи могут быть отклонены, если не предоставлены подтверждающие документы. Любые задолженности подлежат взысканию** *Для заявителей из шт. Флорида: закон шт. Флорида s.817.50 (1). Если кто-либо умышленно и с намерением обмануть получит или попытается получить товары, продукты или услуги в любом лечебном учреждении данного штата, то он будет считаться виновным в совершении правонарушения второй степени, которое преследуется в соответствии с разделами 775.082 и 775-083].*

_____ Дата заполнения

_____ Дата заполнения

* Членами семьи считаются: 1) кровные родственники, проживающие в одном доме, 2) родственники по браку, проживающие в одном доме, и 3) приемные родственники по закону, проживающие в одном доме.

AdventHealth
Texas Health Huguley Hospital FORT WORTH SOUTH
Texas Health Hospital MANSFIELD
UChicago Medicine | AdventHealth

Только для внутреннего использования				
Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
Manager	Date	Director	Date	