

**Заявление на получение финансовой помощи**  
(Заявление должно быть **ПОЛНОСТЬЮ** заполнено)

Дата заявления: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Информация о пациенте:

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Первая буква отчества \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Номер карты социального страхования: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер домашнего телефона (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Номер какого-либо другого телефона (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Лица в домохозяйстве, которые находятся на иждивении:**

|    | Имя | Дата рождения | Степень родства с пациентом |
|----|-----|---------------|-----------------------------|
| 1. |     |               |                             |
| 2. |     |               |                             |
| 3. |     |               |                             |
| 4. |     |               |                             |
| 5. |     |               |                             |

**Информация о доходах:**

| Доходы                               | Пациент | Супруг(а) |
|--------------------------------------|---------|-----------|
| Работодатель                         |         |           |
| Начисляемая заработная плата         |         |           |
| Получаемые пособия на детей/алименты |         |           |
| Пенсия                               |         |           |
| Льготы по безработице                |         |           |
| Пособия по социальному обеспечению   |         |           |
| Доход от сдачи имущества в аренду    |         |           |
| Другие доходы                        |         |           |
| Продовольственные талоны             |         |           |
| <b>Совокупный объем доходов</b>      |         |           |



Предоставьте, пожалуйста, копии имеющихся документов из прилагаемого списка подтверждающей документации. Пациенты должны предоставить эту информацию в течение 15 дней после приема заявления. Вы можете послать свои документы по почте или доставить их лично. Адрес указан ниже. Вся информация, предоставляемая, обсуждаемая или регистрируемая в связи с настоящим заявлением, является конфиденциальной. Если у вас возникнут какие-либо вопросы или вам требуется дополнительная помощь - свяжитесь с консультантом по финансовой помощи по телефону (203) 276-7515 или с бизнес-отделом для обслуживания пациентов по телефону (203) 276-4831.

**Почтовый адрес:**  
 Stamford Health  
 One Hospital Plaza  
 PO Box 9317  
 Stamford, CT 06904

**Адрес местонахождения:**  
 Stamford Health  
 One Hospital Plaza  
 Stamford, CT 06902

Дополнительная информация, которую заявитель желает приобщить к сведениям:

---



---



---

Прошу предоставить финансовую помощь от Стэмфордской больницы, включая предоставление больничных фондов, которые могут быть доступны, и на которые я могу иметь право. Я понимаю, что представленная мною информация будет подвергнута проверке со стороны Стэмфордской больницы. Я подтверждаю, что вышеупомянутая информация является достоверной и корректной. Я понимаю, что меня могут попросить обратиться за социальной помощью, если я имею на это право.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Просим вас обратить внимание на то, что если вы не заполните настоящее заявление и не предоставите необходимую информацию в установленные сроки, то это повлечет задержку в оформлении вашего запроса и может привести к принятию решения о том, что вы не имеете право на получение финансовой помощи.

**ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ**

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

Family Size# \_\_\_\_\_

Financial Assistance Level Approved: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Prenatal Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Denied Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

By FC: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### **Список подтверждающей документации**

Предоставьте, пожалуйста, указанные ниже документы на заявителя, его супруга(и) и детей (если заявитель является несовершеннолетним, необходимо предоставить информацию о родителях) Вашему консультанту по финансовой помощи или в бизнес-отдел по обслуживанию пациентов.

### **ПРОСИМ ПРЕДОСТАВИТЬ КОПИИ СЛЕДУЮЩЕЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

#### **Наличие страховки:**

- |  |  |                          |  |
|--|--|--------------------------|--|
| Медицинская  | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ | Правовая ответственность | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ |
| От несчастных случаев на производстве  | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ | От аварий                | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ |
| Подавали ли вы заявление в Центр доступного здравоохранения штата Коннектикут (Access Health CT) для получения страхового покрытия |  |                          | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ |

**\*ВСЯ ТРЕБУЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К ПАЦИЕНТУ, ЕГО СУПРУГУ(Е) И ДЕТЯМ, СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИМ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ.**

#### **Федеральные льготы и льготы предоставляемые штатом:**

- Письмо с отказом, полученное от Департамента социального обеспечения
- Письмо о предоставлении продовольственных талонов или денежной помощи
- Медицинская страховка "Медикейд", предоставленная Департаментом социального обеспечения
- Письмо о предоставлении пособий по социальному обеспечению

#### **Идентификационные данные:**

- Удостоверение личности с фотографией / водительские права / паспорт / вид на жительство
- Подтверждение текущего адреса (счета за коммунальные услуги, кабельное ТВ, телефон)
- Свидетельства о рождении детей

#### **Материальное положение: заработная плата, вознаграждения, чаевые и дивиденды**

- Последние расчетные листы от работодателя (4 при еженедельной оплате / 2 при оплате раз в две недели и 2 при ежемесячной оплате)
- Требуется письмо от работодателя или от себя лично, если оплата предоставляется в виде наличных денег или личного чека
- История получения пособия по безработице (при наличии такового)
- Если вы являетесь безработным лицом - пожалуйста предоставьте письмо с указанием средств, на которые вы живете.
- Алименты и/или пособие на ребенка (судебный документ или письмо с указанием получаемой суммы)
- Владаете ли вы другими домами, за исключением своего основного места жительства?
  - ДА или  НЕТ если указан ответ "да" - укажите доход от аренды в долларах, \$ \_\_\_\_\_

#### **Налоги:**

- Последняя поданная налоговая декларация и форма W-2 или 1099

#### **Данные о банковском обслуживании:**

- Самая последняя выписка из банковского счета пациента или супруга(и) пациента (расчетный счет, сберегательный счет)
  - ДА или  НЕТ Если указан ответ "нет" - поставьте свои инициалы \_\_\_\_\_

**Информация о месте жительства:**

- Квитанция об арендной плате/договор о лизинге или предоставлении ипотеки
- Нотариально заверенное письмо от домовладельца или от себя лично (с указанием ежемесячной арендной платы)
- Письмо о предоставлении приюта