

**Заявление о предоставлении финансовой помощи**  
(Заявление должно быть заполнено **ПОЛНОСТЬЮ**)

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

Информация о пациенте:

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Инициал второго имени \_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Домашний телефон (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ другой телефон (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Лица на иждивении, проживающие совместно:**

	Фамилия, имя	Дата рождения	Кем приходится пациенту
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Информация о доходах:**

Доход	Пациент	Супруг/а
Работодатель		
Начисляемая заработная плата		
Получаемые пособия на детей/алименты		
Пенсия		
Пособия по безработице		
Пособия по социальному обеспечению		
Доход от аренды		
Другие доходы		
Обеспечение продовольственными талонами		
<b>Совокупный доход</b>		

Предоставьте, пожалуйста, копии имеющихся документов из прилагаемого списка подтверждающей документации. Пациенты должны предоставить эту информацию в течение 15 дней после приема заявления. Вся информация, предоставляемая, обсуждаемая или регистрируемая в связи с настоящим заявлением, является конфиденциальной. Если у Вас есть 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.

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**

Рег. № (MR#): \_\_\_\_\_

Число членов семьи: \_\_\_\_\_

Утвержденный уровень финансовой помощи: \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ %

Утвержденная программа финансовой помощи (FAP): с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Утвержденное пособие по беременности: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Дата отказа: \_\_\_\_\_

Причина отказа: \_\_\_\_\_

Консультант по финансовой помощи: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

