

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

Дата заявления: ____/____/____

Информация о пациенте:

Фамилия: _____ Имя _____ Инициал второго имени _____

Дата рождения: ____/____/____

Номер карты социального страхования: _____ - _____ - _____

Адрес: _____ квартира №: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Домашний телефон (____) _____ другой телефон (____) _____

Лица в домохозяйстве, находящиеся 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 в аренду		
Другие доходы		
Продовольственные талоны		
Совокупный доход		

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

MR#: _____

Число членов семьи: _____

Утвержденный уровень финансовой помощи: _____ @ _____ %

Утвержденная программа финансовой помощи (FAP): От кого: _____ Для: _____

Утвержденное пособие по беременности: От кого: _____ Для: _____

Дата отказа: _____

Причина отказа: _____

Подпись FC: _____ Дата: _____

Список подтверждающей документации

Предоставьте, пожалуйста, указанные ниже документы на заявителя, его супруга или сожителя 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

Страховка:

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| Здравоохранение | <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 |
| Обращались ли вы за страховым покрытием в центр Access Health CT? | <input type="checkbox"/> ДА или <input type="checkbox"/> НЕТ | | |

***ВСЯ ТРЕБУЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К ПАЦИЕНТУ, ЕГО СУПРУГУ, СОЖИТЕЛЮ, ПАРТНЕРУ И ДЕТАМ, СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИМ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ.**

Федеральные льготы и льготы на уровне штата:

- Письмо с отказом от Департамента социального обеспечения
- Письмо о предоставлении продовольственных талонов или денежной помощи
- Медицинская страховка "Медикейд" от Департамента 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 и дивиденды

- Последняя поданная налоговая декларация и форма W-2 или 1099
- Последние расчетные листы (4 при еженедельной оплате / 2 при оплате раз в две недели и 2 при ежемесячной оплате)
- Нотариально заверенное письмо от работодателя или от себя лично
- История получения пособия по безработице (при наличии такового)
- Если вы являетесь безработным, предоставьте, пожалуйста, нотариально заверенное письмо с указанием средств, на которые вы живете.
- Алименты и пособие на ребенка (судебный документ или нотариально заверенное письмо с указанием получаемой суммы)

Информация по месту жительства:

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



Financial Assistance Application
*(Application Must Be **COMPLETELY** Filled Out)*

Date of Request: ____/____/____

Patient information:

Last name: _____ First Name _____ Middle Initial ____

Date of Birth: ____/____/____ Social Security Number: ____-____-____

Address: _____ Apt # _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home Telephone# (____) _____ Other Telephone# (____) _____

Dependents in household:

	Name	Date of Birth	Relationship to Patient
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Income Information:

Income	Patient	Spouse
Employer		
Gross Wages		
Child Support/Alimony Received		
Pension		
Unemployment Benefits		
Social Security Benefits		
Rental Income		
Other Income		
Food Stamps		
Total Income		



Please provide copies of available documents on the attached list of Documentation and Verification Forms. Patients are to provide this information within 15 days of receiving the application. All information provided, discussed or recorded in relation to this application is confidential. If you have questions or require further assistance contact a Financial Assistance Counselor at (203) 276-7515 or (203) 276-4831 at the Patient Business Department.

Additional information that the applicant wishes to be taken into consideration:

I hereby request financial assistance from Stamford Hospital, including access to hospital bed funds that may be available and for which I may be eligible. I understand that the information which I have submitted is subjected to verification by Stamford Hospital. I certify that the above information is true and correct. I understand that I may be asked to apply for public assistance, if eligible.

Applicant’s Signature: _____ Date: _____

Please note that failure to complete this application and provide the information requested within the time allotted will delay processing of your request and may result in a determination that you are not eligible for financial assistance.

FOR HOSPITAL USE ONLY

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Documentation and Verification Forms

Please provide applicable documents listed below for applicant/spouse or significant other and children (if applicant is a minor provide parents information) to your Financial Assistance Counselor or the Patient Business Services Department.

PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION

Insurance:

- | | | | |
|---|---|-----------|---|
| Health | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | Liability | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Workers comp | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | MVA | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Have you applied for insurance coverage with Access Health CT <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | | | |

***ALL INFORMATION REQUESTED IS FOR PATIENT, SPOUSE, SIGNIFICANT OTHER, PARTNER AND CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.**

Federal and State Benefits:

- Department of Social Services Denial Letter
- Food Stamps/Cash Assistance Letter
- Department of Social Services Medical (Medicaid) coverage
- Social Security Benefits Letter

Identification:

- Photo ID / Driver's license/ Passport / Permanent Resident Card
- Proof of Current Address (utility bills, cable, telephone)
- Children's Birth Certificate

Income: wages, salaries, tips, and dividends

- Most Recent Filed Tax Return and W-2 or 1099
- Most Recent Pay Stubs (4 if paid weekly / 2 if paid bi-weekly and 2 if paid monthly)
- Notarized letter from employer or self
- Unemployment payment History (if collecting unemployment)
- If unemployed please provide a notarized letter indicating how you support yourself.
- Alimony and Child Support (Court document or a Notarized letter indicating amount received)

Residence Information:

- Rent Receipt / Lease or Mortgage Statement
- Notarized letter from landlord or self (amount you pay for rent each month)
- Shelter letter