

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		
Совокупный объем доходов		



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
 3001 Summer St; 2nd Floor
 Stamford, CT 06905

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