

ЗАЯВКА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ КЛИНИКИ

Любое положительное решение по заявке временно и истекает через 12 месяцев с даты его принятия

Клиника: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Дата:
Пациент:	Поручитель/супруг(а)
Номер медкарты:	Номер медкарты:
Дата рождения:	Номер SSN (если есть):
Номер SSN (если есть):	Дом. телефон:
Дом. телефон:	Раб. телефон:
Раб. телефон:	Кем приходится пациенту:
Дом. адрес:	Адрес:
Занимаемая должность, место работы:	
Адрес места работы:	
Язык: <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Другой	
Национальность: <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Другая <input type="checkbox"/> Не установлена	
Раса: <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Американский индеец/уроженец Аляски <input type="checkbox"/> Афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских/тихоокеанских островов	
<input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другая или смешанная <input type="checkbox"/> Не установлена	

Укажите следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, КРОМЕ пациента или поручителя.

ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	АКТИВЫ
Зарботная плата пациента:	Сбережения:
Зарботная плата супруга(и):	Чековые счета:
Зарботная плата поручителя:	Депозитные сертификаты:
Доход от самостоятельной предпринимательской деятельности:	Счета денежного рынка:
Пособие по уходу за ребенком:	Сбережения, облигации:
Доход от сдачи в аренду:	Акции:
Пособие по безработице:	Облигации:
Страховка на случай временной нетрудоспособности:	Фонды взаимных инвестиций:
Пособие на ребенка:	Индивидуальные пенсионные счета:
Алименты:	401(k)s:
Пособие по нетрудоспособности:	403(b)s:
Пособия и привилегии для демобилизованных военнослужащих:	457s:
Выплаты по социальному обеспечению:	Ликвидационная стоимость договоров страхования жизни:
Доход в виде дивидендов и процентов:	Личное имущество:
Роялти:	2-й дом и недвижимость для сдачи в аренду:
Пенсии:	Дополнительное транспортное средство:
Государственное денежное пособие:	ИТОГО:
Другое:	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:	
ГODOVOЙ ДОХОД:	

«Прошу клинику установить, имею ли я право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что данная информация конфиденциальна и подлежит проверке клиникой. Я также понимаю, что, если предоставленная мной информация недостоверна, то мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи и ответственность за оплату медицинских услуг нести буду я. Настоящим подтверждаю, что указанная в заявке информация является полной и достоверной и что я осознаю суть процесса и мои обязательства».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись представителя клиники: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Утверждено: _____ Дата: _____

Отклонено: _____ Дата: _____

Страховое обеспечение: _____ Medical Assistance: Да Нет

Услуги в связи с производственной травмой и другим несчастным случаем: Да Нет

Комментарии: _____

Размер семьи: _____ Уровень прожит. минимума _____ Процент прожит. минимума: _____

СКИДКА (%): _____ СКИДКА (%): _____

Максимальная сумма обязательства пациента: _____