

ЗАЯВКА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ КЛИНИКИ — НЕДОСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

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 (есть/нет):
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: Английский Другой

Национальность: Латиноамериканец Другая Не установлена

Раса: Азиат Американский индеец/ уроженец Аляски Афроамериканец

Уроженец Гавайских/ тихоокеанских островов Другая или смешанная Не установлена

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

ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	СУММА	АКТИВЫ	СУММА	МЕС. РАСХОДЫ/ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА	СУММА
Зарплата пациента:		Сбережения:		Ипотечные/арендные платежи	
Зарплата супруга(и)		Чековые счета		Текущий остаток на счете _____	
Зарплата поручителя		Депозитные сертификаты		Налоги на имущество, если не включены в ипотечные платежи	
Доход от самостоятельной предпринимат. деятельности		Счета денежного рынка		Коммунальные службы: _____	
Пособие по уходу за ребенком		Сбережения, облигации		Газ/электричество/топливо _____	
Доход от сдачи в аренду:		Акции:		Кабельное ТВ/Интернет _____	
Пособие по безработице:		Облигации:		Телефон _____	
Страховка на случай временной трудоспособности:		Фонды взаимных инвестиций:		(Лизинг.) платежи за автомобиль	
Пособие на ребенка:		Индивидуальные пенсионные счета:		Текущий остаток на счете _____	
Алименты:		401(k)s:		Платежи по кредитным картам	
Пособия и привилегии для демобилиз. военнослужащих:		403(b)s:		Текущий остаток на счете _____	
Выплаты по соц. обеспечению:		457s:		Кредиты с погашением в рассрочку	
Доход в виде дивидендов и процентов:		Ликвидационная стоимость договоров страхования жизни:		Текущий остаток на счете _____	
Роялти:		Личное имущество:		Страхование автомобиля	
Пенсии:		2-й дом и недвижимость для сдачи в аренду:		Страхование дом. имущества	
Гос. денежное пособие		Дополнительное транспортное средство:		Расходы на мед. обслуживание	
Другое:				Расходы на питание	
				Прочие расходы	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:					
ГODOVЫЙ ДОХОД:			ИТОГО:		ИТОГО:

«Я прошу клинику установить, имею ли я право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что данная информация является конфиденциальной и подлежит проверке клиникой. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация является недостоверной, то мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату оказанных медицинских услуг. Настоящим я подтверждаю, что указанная в заявлении 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: _____
 Страхование 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: _____