

Russian

Дата _____ Расчетный счет _____

Имя пациента _____ Расчетный счет _____

Уважаемый _____ Расчетный счет _____

Для того, чтобы определить, полагается ли Вам финансовая помощь, просим заполнить прилагаемое заявление и предоставить следующие документы:

1. Следующие документы требуются для определения Вашего дохода. Просим предоставить документы, показывающие доходы всех членов семьи, которые рассматриваются в данном заявлении (**Просим отметить источник дохода**)
 - A. Корешки двух последних чеков (зарплата) _____
 - B. Банковский отчет с указанием банковского процента _____
 - C. Справка о выплате по Social Security (**для граждан США**) _____
 - D. Справка о выплате из пенсионного фонда _____
 - E. Справка из Отдела Соц. Обеспечения шт. Мэриленд (для жителей Мэриленда) _____
 - F. Подтверждение о пособии по безработице _____
 - G. Письмо о полном использовании льгот по PIP _____
2. Просим предоставить копии следующих налоговых документов: _____
 - A. Форма W-2 _____
 - B. Налоговые декларации за прошлый год _____
3. **Граждан Мэриленда** просим приложить письмо-отказ в предоставлении медицинской помощи по программе Medical Assistance
4. Нотариально заверенное письмо, подтверждающее, что в настоящее время у Вас нет дохода
5. **Предполагаемое право.** Если Вы принимаете участие в следующих социальных программах, основанных на доходе, приложите свидетельство о регистрации к своему заявлению: Семьи с детьми, получающими бесплатные обеды или обеды со скидкой; Программа дополнительной продуктовой помощи (SNAP); Программа помощи семьям с низким доходом в оплате за электроэнергию; Первичное медобслуживание для взрослых (PAC); Женщины, младенцы и дети (WIC). Если Вы имеете право на следующие, основанные на доходе, программы Medicaid, приложите свои удостоверения к этому заявлению: программы Планирование семьи и Только лекарства; Правомочный пользователь Medicare (QMB); Особый пользователь Medicare с низким доходом (SLMB); XO2 только для скорой помощи. Если Вы имеете право на следующие другие программы, просим проложить доказательства к своему заявлению: программы, субсидированные государственными грантами, в том числе: Департамент трудовой реабилитации (DVR), Блок-грант на интенсивное амбулаторное психиатрическое лечение (IOP), Программа Госпиталя Сайнай по преодолению зависимости (SHARP), Служба для еврейских семей и детей (JFCS).
Обязательно доставьте нам заполненное заявление и все относящиеся к нему документы в течение 14 дней по получению. Без вышеупомянутой информации Ваше заявление рассматриваться не будет. Приложите это письмо к своему заявлению. Ваша личная информация будет храниться в условиях конфиденциальности. Программа финансовой помощи распространяется исключительно на госпитальные услуги. Оплату по профессиональным счетам от врачей эта программа не производит.

По другим вопросам, касающимся этого заявления, а также с просьбой о пересмотре или жалобами просим обращаться в Отдел обслуживания по телефону 410-601-1094 или (800) 788-6995 с понедельника по пятницу, с 7:30 утра до 5:00 вечера.

Просим отправить по адресу: Sinai Hospital of Baltimore, 2401 West Belvedere Avenue, Patient Financial Services Attention: Customer Service, Baltimore, Maryland 21215

С уважением,

Финансовое Отделение
Группа Обслуживания

<i>For Hospital / Department / Agency use only</i>
Originator Name: _____
Department: _____ Ext. _____
Agency Name: _____

Maryland State Uniform Financial Assistance Application
Information about You
Russian

**Общая форма заявления о предоставлении финансовой помощи в штате Мэриленд
Ваши данные
(по-русски)**

Полное имя _____
Имя _____ Фамилия _____

Номер Соц. Защиты ____-____-____ Семейное положение: Неженат Женат Разведен

Гражданство США Да Нет Постоянный житель Да Нет

Домашний адрес _____ Телефон _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Область _____

Место работы _____ Телефон _____

Адрес работы _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Члены семьи:

Имя	Дата рождения	Возраст	Степень родства	Лечились в Сайнае?	Да	Нет
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Вы подавали заявление на Medical Assistance? Да Нет

Если да, какого числа вы подали заявление? _____

Если да, то каково было решение? _____

Получаете ли Вы какую-либо помощь от штата или области? Да Нет

Заявление отправляйте по адресу: Sinai Hospital of Baltimore
2401 W. Belvedere Avenue
Attention: Customer Service
Baltimore MD 21215

CARE BRAVELY

I. Доход семьи

Укажите свой ежемесячный доход из всех источников. Вам может понадобиться предоставить документальное доказательство дохода, сбережений и расходов.
Если у Вас нет дохода, просим предоставить письмо от того, кто предоставляет Вам жилье и питание.

	Месячная сумма
Заработная плата	_____
Пенсия	_____
Пособие по программе Social Security	_____
Пособие по программе Public Assistance	_____
Пособие по нетрудоспособности	_____
Пособие по безработице	_____
Льготы ветеранам	_____
Алименты	_____
Доход от сдачи жилья в наем	_____
Пособие бастующим	_____
Выплаты военнослужащим	_____
Доход от работы на ферме или в собственном бизнесе	_____
Другие источники дохода	_____
Итого:	_____

II. Ликвидные активы

	Сальдо текущего счета
Текущий счет	_____
Сберегательный счет	_____
Акции, облигации, сертификаты по вкладам, денежный рынок	_____
Другие счета	_____
Итого:	_____

III. Прочая собственность

Если у вас есть следующее, просим указать тип и приблизительную стоимость

Жилье	Остаток заема _____	Приблизительная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Доп. автомобиль	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Доп. автомобиль	Марка _____ Год _____	Приблизительная стоимость _____
Итого:	_____	

IV. Ежемесячные расходы

	Сумма
Квартирная плата или взнос по ипотеке	_____
Бытовые услуги	_____
Взнос за автомобиль	_____
Медицинская страховка	_____
Прочие медицинские расходы	_____
Прочие расходы	_____
Итого:	_____

Есть ли у Вас другие неоплаченные счета за медобслуживание? Да Нет
За какое обслуживание? _____

Если вы выплачиваете в рассрочку, каков Ваш ежемесячный платеж? _____

CARE BRAVELY

Если Вы просите госпиталь о дополнительной финансовой помощи, для принятия решения о предоставлении такой помощи госпиталю может понадобиться дополнительная информация. Своей подписью под этой формой Вы подтверждаете, что предоставленная Вами информация правдива и обязуетесь сообщать в госпиталь о любых изменениях в этой информации в течение десяти дней после возникновения изменений.

Подпись заявителя

Дата

Степень родства с пациентом

FINANCIAL ASSISTANCE UNIFORM APPLICATION 0910