

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.

**CARE BRAVELY**

По другим вопросам, касающимся этого заявления, а также с просьбой о пересмотре или жалобами просим обращаться в Отдел обслуживания по телефону 410-601-2209 с понедельника по пятницу, с 9:00 утра до 3:30 вечера.

Просим отправить по адресу: Levindale Hospital 2434 W Belvedere Ave, Patient Financial Services Attention: Patient Accounting, Baltimore, Maryland 21215

С уважением,

Финансовое Отделение  
Группа Обслуживания

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

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: Levindale Hebrew Geriatric Center and Hospital  
2434 W. Belvedere Avenue  
Attention: Customer Service

Baltimore MD 21215

**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	_____
<b>Итого:</b>	_____

**II. Ликвидные активы**

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

**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