

## CARE BRAVELY

Дата: \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_

Имя пациента \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_

Уважаемый \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_

Чтобы определить, можете ли вы участвовать в программе финансовой помощи, вам необходимо заполнить прилагаемое заявление и предоставить перечисленные ниже документы:

1. В качестве доказательства дохода требуются указанные ниже документы. Предоставьте подтверждение дохода для всех членов семьи, указанных в заявлении. **(Укажите все источники дохода.)**

- A. Две последние квитанции о начислении заработной платы \_\_\_\_\_
- B. Банковская выписка с детализацией процентов \_\_\_\_\_
- C. Уведомление о назначении пособия от службы социального обеспечения **(если вы являетесь гражданином США)** \_\_\_\_\_
- D. Уведомление о назначении пособия от пенсионного фонда \_\_\_\_\_
- E. Уведомление о назначении пособия от отдела социального обеспечения штата Мэриленд **(если вы являетесь жителем штата Мэриленд)** \_\_\_\_\_
- F. Подтверждение выплаты пособия по безработице \_\_\_\_\_
- G. Письмо об исчерпании лимита страхования от личного ущерба \_\_\_\_\_

2. Предоставьте копии следующих налоговых документов:

- A. Формы W-2 \_\_\_\_\_
- B. Налоговые формы за предыдущий год \_\_\_\_\_

3. **Если вы являетесь жителем штата Мэриленд**, предоставьте письменный отказ от программы медицинской помощи штата Мэриленд (Maryland Medical Assistance Program).

4. Нотариально заверенное письмо о том, что в настоящее время у вас нет дохода

5. **Предполагаемое право на получение помощи:** если вы являетесь бенефициаром/получателем в рамках перечисленных ниже программ социальной помощи, предусматривающих проверку материального положения, приложите к своему заявлению соответствующие подтверждающие документы: программа бесплатных или льготных обедов для семей с детьми; программа льготной покупки продуктов (SNAP — Supplemental Nutritional Assistance Program); программа энергетической помощи для семей с низкими доходами; программа первичной медицинской помощи для совершеннолетних (PAC — Primary Adult Care Program); программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC — The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children). Если вы имеете право на участие в любой из перечисленных ниже программ Medicaid, предусматривающих проверку материального положения, приложите к своему заявлению соответствующие подтверждающие документы: только программа(-ы) планирования семьи или обеспечения лекарственными препаратами; программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB — Qualified Medicare Beneficiary); программа для получателей страхового обеспечения Medicare с низким доходом (SLMB — Specified Low Income Medicare Beneficiary); только программа оказания экстренных медицинских услуг X02.

Если вы имеете право на участие в любой из других перечисленных ниже программ, приложите к своему заявлению соответствующие подтверждающие документы: финансируемые из грантов штата программы, в том числе программа восстановления трудоспособности (DVR — Department of Vocational Rehabilitation), единовременная субсидия в рамках интенсивной амбулаторной программы психиатрической помощи (IOP — Intensive Outpatient Psychiatric), программа Sinai Hospital для людей с наркотической зависимостью (SHARP — Sinai Hospital Addiction Recovery Program); программа помощи еврейским семьям и детям (JFCS — Jewish Family Children Services).

Заполненное заявление необходимо вернуть со всеми сопутствующими документами в течение 14 дней с его получения. Без предоставления указанных выше документов ваше заявление рассмотрено не будет. Пожалуйста, верните это письмо вместе с

заявлением. Ваши персональные данные будут сохранены в тайне. Программа финансовой помощи больницы покрывает только расходы больницы/лечебного учреждения. Оплата услуг профессиональных врачей этой программой не покрывается.

Если у вас возникнут дополнительные вопросы по поводу этого заявления, вы захотите подать апелляцию или жалобу, обращайтесь в службу поддержки клиентов по тел. 410 601-1094 или (800) 788-6995 (с понедельника по пятницу, с 7:30 до 17:00)

Пожалуйста, верните документы следующему получателю:

**Patient Financial Services, Attention: Customer Service, 2401 West Belvedere Avenue, Baltimore, Maryland 21215**

С уважением,

Patient Financial Services  
Customer Service

*Только для использования в больнице/отделении/агентстве*

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_

**Отделение:** \_\_\_\_\_ **Доб.** \_\_\_\_\_

**Название агентства:** \_\_\_\_\_

## Единое заявление на получение финансовой помощи от штата Мэриленд Информация о вас

Имя \_\_\_\_\_  
Первое Второе Фамилия

Номер социального страхования \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Семейное положение: Холост/не замужем Женат/замужем Проживаю  
отдельно

Гражданин США: Да  Нет  Постоянный резидент: Да  Нет

Домашний адрес \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Город Штат Почтовый индекс Округ

Место работы \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Рабочий адрес \_\_\_\_\_

Город Штат Почтовый индекс

**Члены семьи:**

Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>

Обращались ли вы за услугами программы медицинского обслуживания (Medical Assistance)? Да  Нет

Если да, то когда? \_\_\_\_\_

Если да, то каким было решение? \_\_\_\_\_

Получаете ли вы какую-либо помощь от штата или округа? Да  Нет

Верните заявление по адресу: Patient Financial Services  
 Attn: Customer Service  
 2401 W. Belvedere Avenue  
 Baltimore, MD 21215

<b>Patient Financial Services</b>	
<i>Только для использования в больнице/отделении/агентстве</i>	
Исполнитель: _____	
Отделение: _____	Доб. _____
Название агентства: _____	

## I. Доход семьи

Укажите сумму своего ежемесячного дохода из всех источников. Вас могут попросить предоставить документы, подтверждающие ваши доходы, активы и расходы.

В случае отсутствия дохода предоставьте письменное подтверждение от лица, обеспечивающего вас жильем и питанием.

Ежемесячная сумма	_____
Трудовая деятельность	_____
Пенсионное пособие/обеспечение	_____
Пособие по социальному обеспечению	_____
Пособие по государственному социальному обеспечению	_____
Пособие по инвалидности	_____
Пособие по безработице	_____
Пособие ветеранам	_____
Алименты	_____
Доход от сдачи недвижимости в аренду	_____
Пособие для бастующих	_____
Выплаты военнослужащим	_____
Фермерское хозяйство или индивидуальная трудовая деятельность	_____
Другой источник дохода	_____
<b>Итого:</b>	_____

## II. Ликвидные активы

Текущий счет в банке	Текущая задолженность	_____
Сберегательный счет	_____	_____
Акции, облигации, вкладные сертификаты или депозитные счета	_____	_____
Другие счета	_____	_____
<b>Итого:</b>		_____

## III. Другие активы

Если вы владеете чем-либо из перечисленного, укажите тип и приблизительную стоимость данного имущества.

Недвижимость	Остаток кредитной задолженности _____	Приблизительная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Второй автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Второй автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
<b>Итого:</b>		_____

## IV. Ежемесячные расходы

Аренда или ипотека	Сумма	_____
Коммунальные услуги	_____	_____
Выплата(-ы) за автомобиль	_____	_____
Страхование здоровья	_____	_____
Другие медицинские расходы	_____	_____
Прочие расходы	_____	_____
<b>Итого:</b>		_____

Имеются ли у вас другие неоплаченные счета за медицинские услуги? Да  Нет

За какие именно услуги? \_\_\_\_\_

Если у вас есть согласованный график платежей, каков ваш ежемесячный платеж? \_\_\_\_\_

Если вы обратитесь в больницу за дополнительной финансовой помощью, больница может запросить необходимую информацию для принятия решения. Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что предоставленная информация верна, и соглашаетесь уведомлять больницу о любых изменениях в предоставленной информации в течение десяти дней с момента изменения.

\_\_\_\_\_ X

Подпись заявителя

\_\_\_\_\_ X

Кем приходится пациенту

\_\_\_\_\_ X

Дата