

# Заявление на сформированную финансовую помощь штата Мэриленд

Название:

*Первый*

*Средний инициал*

*Последний*

Домашний  
адрес:

*Адрес улицы*  
*Подразделение*

*Город*

*Штат*

*Почтовый индекс*

*Кантри*

Это ваше основное место жительства?

Да

нет

Если нет, вы живёте в Мэриленде больше 6 месяцев в году?

Да

нет

Номер  
телефона:

()  -

*Код телефона ###*      *#####*

## I. Домохозяйство/члены семьи

Пожалуйста, перечислите любое из следующего, если применимо: (1) супруг (независимо от того, подаёте ли вы совместную федеральную или государственную налоговую декларацию), (2) дети (биологические, усыновлённые или пасынки); и (3) Все лица, указанные в вашей налоговой декларации (все, для кого вы заявляете личное освобождение).

<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>
<i>Название</i>	<i>Возраст</i>	<i>Отношения</i>

## **II. Доход семьи**

Пожалуйста, укажите свой общий ежемесячный или годовой налогооблагаемый доход (до уплаты налогов). Вас могут попросить предоставить подтверждение дохода.

*Примечание: если у вас нет дохода, пожалуйста, предоставьте письмо поддержки от человека, предоставляющего вам жильё или питание*

\$

## **III. Финансовые трудности**

Есть ли у вас неоплаченные личные расходы на больничные услуги (исключая суммы, покрываемые вашей страховкой), которые понесёт ваша семья/семья?

Да  нет

Если да,

А. Вы подавали заявку на медицинскую помощь в Мэриленде (Medicaid)?

Да  нет

Если да, то на какую дату вы подавали заявку? \_\_\_\_\_

Если да, то какова была решимость? \_\_\_\_\_

Б. Пожалуйста, укажите общую сумму ваших собственных расходов

\$

## **IV. Активы**

Пожалуйста, укажите общую стоимость денежных активов свыше 100 000 долларов. Включайте наличные, банковские депозиты, инвестиционные счета, дебиторскую задолженность и дебиторскую задолженность. Не включайте

\$

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной, точной и полной. Я согласен уведомить больницу о любых изменениях в этой информации в течение 240 дней после получения первоначального счёта больницы.

---

*Подпись заявителя*

*Дата*

*Отношения с пациентом*