

Форма заявления о предоставлении финансовой помощи

Просим внести в форму полную информацию. Если пункт к вам не применим, впишите: «NA» (неприменимо). При необходимости приложите дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если да, укажите предпочтительный язык:

Пациент подавал заявление на получение помощи Medicaid? Да Нет

Пациент получает государственную помощь, например по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF), программе продовольственной помощи Basic Food или программе для женщин и детей (WIC)? Да Нет

Пациент в настоящее время бездомный? Да Нет

Медицинская помощь, необходимая пациенту, касается автомобильной аварии или производственной травмы? Да Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы получите право на финансовую помощь, даже если подадите заявление.
- После отправки заявления мы можем проверить всю информацию и попросить у вас дополнительную информацию или подтверждение доходов.
- В течение 21 календарного дня после получения заполненной формы заявления и документов мы уведомим вас, соответствуете ли вы критериям получения помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Среднее имя пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другой (можете указать: _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (не обязательно)
Лицо, ответственное за оплату счетов	Кем приходится пациенту	Дата рождения
		Номер социального страхования (не обязательно)
Почтовый адрес (включая физический адрес, если отличается от официального)		Основной контактный номер(-а)
_____		() _____
_____		() _____
Город	Штат	Почтовый индекс
		Адрес электронной почты: _____

Занятость лица, ответственного за оплату счета

Работает (дата поступления на работу: _____)

Не работает (как долго безработный: _____)

Самозанятый Учащийся Инвалид Пенсионер Прочее (_____)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите проживающих с вами членов семьи, включая себя. Семья — это люди, состоящие в родственных отношениях по рождению, через брак или усыновление, которые проживают вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ

При необходимости приложите дополнительные страницы

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Название работодателя или источник дохода	Общий валовой ежемесячный доход (до вычета налогов):	Подает ли также заявление на оказание финансовой помощи?
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет

Необходимо указать доход от трудовой деятельности и из других источников всех взрослых членов семьи. Укажите доход из других источников членов семьи в возрасте до 18 лет. Источники дохода включают, среди прочего:

- зарплату - пособие по безработице - доходы от самозанятости - компенсацию работникам - пособие по инвалидности
- выплаты в рамках дополнительного социального пособия (SSI) - алименты на содержание ребенка / супруга(-и)
- программы работы во время учебы (для учащихся) - пенсию - выплаты по индивидуальному пенсионному счету
- прочее (поясните) _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: вы должны приложить к заявлению подтверждения вашего дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходе своей семьи. Для определения права на финансовую помощь необходима верификация дохода.

Все члены семьи должны сообщить информацию о своих доходах. Просим предоставить подтверждения для всех указанных источников доходов. Полный список требований к доходам приведен на титульном листе. Примеры подтверждений доходов включают следующее:

- корешки зарплатных чеков (за последние 3 месяца);
- налоговые декларации за последний год, включая приложения, если применимо;
- письменная справка от работодателя или других лиц с подписью;
- справка о назначении/отказе в назначении помощи Medicaid или медицинской помощи из фондов штата;
- справка о назначении/отказе в назначении пособия по безработице.

Если у вас нет дохода, приведите объяснение на дополнительной странице.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Не обязательно. В некоторых ситуациях может использоваться для получения более полной картины вашей финансовой ситуации.

Ежемесячные расходы на ведение домашнего хозяйства:

Аренда / выплаты по ипотеке	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Другие долги / расходы	\$ _____	<i>(алименты на ребенка, займы, лекарства, прочее)</i>	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИМУЩЕСТВЕ

Эта информация будет использоваться, если ваш доход превышает 101 % от уровня, установленного федеральными положениями об определении черты бедности.

Актуальный баланс текущего счета
\$ _____

Актуальный баланс сберегательного счета
\$ _____

У вашей семьи есть перечисленные ниже другие виды имущества?

Поставьте отметки, если есть

- Акции Облигации План 401К
 Сберегательные медицинские счета Тресты
 Недвижимость (за исключением основного мест жительства)
 Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашей текущей финансовой ситуации, которую вы хотите сообщить, например финансовые трудности, чрезмерные расходы на медицинское обслуживание, сезонный или временный доход или ущерб личному имуществу.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что OHSU Health может проверять информацию — проверять кредитную историю и получать информацию из других источников для оценки права на финансовую помощь или включение в планы оплаты.

Я подтверждаю, что вся изложенная выше информация является точной и достоверной, насколько мне это известно. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация окажется ложной, мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду оплатить их.

Подпись заявителя

Дата