

Пожалуйста, укажите все данные без пропусков. Если что-либо недоступно/неприменимо, поставьте прочерк «—» (NA).
Добавьте дополнительные страницы при необходимости.*

НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ

Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если да, укажите необходимый язык:</i>
Подавал ли пациент заявление для программы Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получает ли пациент государственные социальные услуги, например TANF, Basic Food или WIC? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связано ли лечение пациента с дорожно-транспортным происшествием или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПРИМИТЕ ВО ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать получение вами финансовой поддержки, даже если вы подали заявление.
- После подачи заявления, мы можем проверить информацию и запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документов, мы сообщим о вашей правомочности для получения поддержки.

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента		Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой (укажите _____)	Дата рождения		Номер счёта
Лицо, ответственное за оплату счёта	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (<i>не обязательно</i>)
Почтовый адрес _____ _____			Номер(а) телефонов для связи () _____ () _____
Город	Штат	Почтовый индекс	Адрес электронной почты: _____
Занятость лица, ответственного за оплату счёта <input type="checkbox"/> Работает (дата начала: _____) <input type="checkbox"/> Не работает (как долго: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятость <input type="checkbox"/> Учёба <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, которые живут с вами, включая себя. Семья включает людей, связанных по рождению, браку и усыновлению, которые живут вместе.

ЧИСЛО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ _____ *При необходимости добавьте страницы*

Имя, Фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц от 18 лет и старше: Работодатель или источник дохода	Для лиц от 18 лет и старше: Полная сумма месячного дохода (до вычета налогов):	Также подаёт заявление на получение финансовой поддержки?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ – КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

(продолжение)

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

ВНИМАНИЕ: к заявлению необходимо приложить документы, подтверждающие сумму ваших доходов.

Вы должны предоставить сведения о доходе своей семьи. Источником дохода может быть:

- Зарплата - Пособие по безработице - Самозанятость - Компенсация работнику - Пособие по инвалидности
- Пособие SSI - Пособие на содержание ребёнка/супруга - Выплаты работающим студентам - Пенсия
- Снятия с пенсионных счетов - Другое (подробнее _____)

Для определения правомочности получения финансовой поддержки необходимо подтвердить сумму всех доходов. Необходимо указать доходы всех членов семьи в возрасте от 18 лет. Если вы не можете предоставить документ, можно приложить письменное заявление с указанием дохода. Предоставьте подтверждение каждого из указанных источников доходов.

Подтверждением источника дохода может быть:

- отчёт W2 об удержании налога; или
- квитанции текущих платежей (за 3 месяца); или
- налоговая декларация за прошедший год, с графиком оплаты, если он есть; или
- письменное заявление от работодателя или другого плательщика; или
- подтверждение/отказ в правомочности получения пособия по безработице.

Если у вас нет доходов или подтверждения источника, приложите дополнительную страницу с пояснением.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если вы хотите предоставить дополнительную информацию о своём финансовом состоянии, например о финансовых трудностях, сезонных или временных доходах, понесённом ущербе.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что Wellfound Behavioral Health Hospital может проверить информацию с помощью кредитной истории или другого источника, чтобы установить правомочность получения финансовой поддержки или рассрочки оплаты.

Я подтверждаю достоверность и правильность указанной выше информации в соответствии с имеющимися у меня сведениями. Я понимаю, что если выяснится, что мной предоставлена ложная информация, мне будет отказано в предоставлении финансовой поддержки, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных услуг в срок.

Подпись заявителя

Дата