

Заявление на получение финансовой помощи (благотворительной медицинской помощи) Seattle Children's

Просим указывать всю информацию полностью. Если пункт к вам не относится, напишите "NA". При необходимости приложите дополнительные страницы.

ОТБОРОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если нам понадобится обратиться к вам за дополнительной информацией, нужен ли вам переводчик?

Да Нет Если да, укажите предпочитаемый язык:

Подавали ли вы заявление на Medicaid для пациента? Да Нет

(Подача такого заявления может потребоваться до рассмотрения заявления о финансовой помощи. При необходимости мы свяжемся с вами.)

Пользуется ли пациент услугами для населения штата, например, TANF, Basic Food или WIC? Да Нет Не знаю

Является ли пациент в настоящее время бездомным?

Да Нет

Связана ли потребность пациента в лечении с автомобильной аварией или травмой на работе?

Да Нет

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента или инициал	Фамилия пациента
Дата рождения		
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения
Почтовый адрес		Основные контактные телефоны:
_____		() _____
_____		() _____
Город	Штат	Почтовый индекс
		Адрес электронной почты:

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Укажите всех членов семьи, проживающих у вас, считая вас.

К членам семьи относятся лица, связанные кровным родством, узами брака, и приемные родственники, проживающие вместе. При необходимости приложите дополнительную страницу.

РАЗМЕР СЕМЬИ: _____

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Номер медицинской карточки в Seattle Children's (если известен)	Для достигших 18 лет: общий месячный доход-брутто (доход до налогов и отчислений):

Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. К источникам дохода относятся, например:

Заработная плата • Пособие по безработице • Доходы от индивидуальной трудовой деятельности • Компенсация за травмы на работе • Пособие по инвалидности • Дополнительный гарантированный доход (SSI) • Алименты на ребенка/супругу • Программы работы и учебы (для учащихся) • Пенсия • Выплаты с пенсионных счетов

Мы можем потребовать от вас подтверждение дохода, например, корешки чеков заработной платы или налоговую декларацию за прошлый год. Мы свяжемся с вами, если они нам понадобятся.

Если у вас нет дохода, поясните, как вы платите за продукты питания и жилье:

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ И РАСХОДАХ

Если у вашего ребенка имеется медицинская страховка, как она называется?

Самостоятельно ли вы оплачиваете (частично или полностью) ежемесячный страховой взнос за вашего ребенка (детей)? Да Нет

Если да, какую сумму вы оплачиваете? \$ _____ в месяц

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ - ПРИЛОЖИТЕ СТРАНИЦУ

Приложите дополнительную страницу, если вы желаете сообщить нам еще какую-либо информацию о вашем нынешнем материальном положении (например, финансовые затруднения, сезонный или временный доход, личные убытки и т.д.)

СОГЛАШЕНИЕ

Мне понятно, что больница Seattle Children's может проверить сведения в этом формуляре и имеет право использовать другие источники информации для определения моего права на получение финансовой помощи или на использование планов оплаты.

Я заявляю, что указанная выше информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Мне понятно, что если предоставленная мною информация является недостоверной, то мне будет отказано в предоставлении финансовой помощи, и я могу быть обязан(а) самостоятельно оплатить услуги, оказываемые Seattle Children's.

Подпись заявителя _____

Дата _____