

For Administrative use only

Facility _____

Account # _____

Med.Rec# _____

Заявление на получение финансовой помощи

(Приложение А)

For Administrative use only

Patient Type _____

Amount of W/O \$ _____

Method of Calculation _____

I. Личные сведения о пациентеИмя пациента: _____
(фамилия) (имя) (среднее имя) (SSN — **НЕОБЯЗАТЕЛЬНО**) (дата рождения)Имя поручителя: _____
(фамилия) (имя) (среднее имя) (SSN — **НЕОБЯЗАТЕЛЬНО**) (дата рождения)Адрес: _____
(улица) (город) (штат) (индекс)

Дом. телефон: _____ Раб. телефон: _____ Моб. телефон: _____

II. Сведения о семье

Семейное положение пациента: <i>(обвести один вариант)</i>	Женат/замужем	Холост/не замужем	Проживает отдельно от супруга (-и)	Количество членов семьи
---	----------------------	--------------------------	---	--------------------------------

Имена супруги (-а) и иждивенцев: <i>(приложите отдельный лист бумаги с перечнем дополнительных иждивенцев)</i>	Дата рождения	Номер социального обеспечения (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

III. Сведения о текущем трудоустройстве

Полное имя работника (пациент, поручитель, супруг(а) или иждивенец):	Название работодателя, адрес и стаж работы
	<i>Дата приема на работу:</i>
	<i>Дата приема на работу:</i>
	<i>Дата приема на работу:</i>

IV. Сведения о страховании *(приложите отдельные листы бумаги для дополнительных сведений о страховании)*

Застрахованы ли вы либо подали ли вы заявление на получение какой-либо медицинской страховки (включая Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus или Healthy NY)?	ДА	НЕТ
Если «да», поясните: <i>(укажите название страховой компании, адрес, номер телефона, номер полиса/группы и сведения о владельце страховки)</i>		

V. Прочие сведения

Является ли лечение следствием несчастного случая или травмы?	ДА	НЕТ
Если «да», укажите дату несчастного случая:		
Краткое описание обстоятельств несчастного случая:		
Улица, город и штат, где произошел несчастный случай:		
Будет ли использована страховка домовладельца или гражданской ответственности?		

ВАМ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ НИКАКИЕ ПЛАТЕЖИ В АДРЕС БОЛЬНИЦЫ, ПОКА ВЫ НЕ ПОЛУЧИТЕ ОТ БОЛЬНИЦЫ УВЕДОМЛЕНИЕ С РЕШЕНИЕМ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ

Заявление на получение финансовой помощи

(Приложение В)

VI. Сведения о доходах

Укажите общие суммы для пациента, поручителя, супруги (-а) и иждивенцев: (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги)

<u>МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:</u>	<u>СУММА:</u>
Валовая заработная плата (гросс), заработная плата, чаевые	\$
Социальное обеспечение	\$
Пособие по инвалидности	\$
Пособие по безработице	\$
Алименты на содержание детей	\$
Алименты/иждивение	\$
Доход от аренды	\$
Доход от имущества	\$
Пенсия	\$
Дивиденды/проценты	\$
Прочий доход (указать):	
	\$
	\$
	\$

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я заверяю, что указанная выше информация, насколько мне известно, является точной и достоверной. Мне известно, что мошенничество или сообщение недостоверных сведений лишит меня права на какую-либо финансовую помощь. Я даю согласие на раскрытие любой информации, необходимой для проверки предоставленных сведений, а также для выставления счетов и сбора платежей, в соответствии с применимым законодательством государства и штата. Далее, я обращусь за любой помощью (Medicaid, Medicare, страхование и т. п.), которая может быть доступна для оплаты моих больничных расходов, а также приму все разумные меры для получения такой помощи и переведу или выплачу больнице все суммы, полученные для покрытия больничных расходов.

Мне известно, что данное заявление подано для того, чтобы больница смогла определить мое соответствие критериям финансовой помощи в соответствии с предусмотренными в больнице правилами оказания такой помощи.

Кроме того, я даю согласие предоставлять дополнительную информацию, которая может быть запрошена для определения моего соответствия критериям. Я даю согласие незамедлительно информировать больницы NYU Hospitals обо всех изменениях в моих потребностях, соответствии критериям страхования, доходе, условиях проживания или адресе.

Подпись заявителя: _____ Дата _____

Подпись сотрудника, принявшего заявление: _____ Дата _____

ВАМ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ НИКАКИЕ ПЛАТЕЖИ В АДРЕС БОЛЬНИЦЫ, ПОКА ВЫ НЕ ПОЛУЧИТЕ ОТ БОЛЬНИЦЫ УВЕДОМЛЕНИЕ С РЕШЕНИЕМ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ