

Заявление на предоставление финансовой помощи

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Все поля должны быть заполнены

Дата обслуживания (прошлая или будущая): _____ Учреждение: _____

Фамилия Имя пациента: _____ Номер соц. страхования: _____

Дата рождения: _____ Адрес проживания: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Почтовый адрес: _____ Номер медицинской карты: _____

Телефон: _____ Имя и фамилия заполняющего: _____

Кем приходится пациенту: _____

Юридические члены семьи, включая вас (поручителя)

Фамилия, имя	Дата рождения	Возраст	Кем приходится	Кем работает	Номер соц. страхования	Годовой доход
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Источники дохода (если нет, то в графе укажите ноль)

Доход	\$
Социальное обеспечение	\$
Прочие доходы/ Алименты/ Доход от инвестиций/ пенсия	\$
Общий доход	\$
Сумма по пенсионному плану 401К	\$
Сумма займа ипотеки (mortgage)	\$
Арендная плата	\$
Сумма на сберегательном счету	\$
Изменение Healthcare Verification	
Если у вас нет дохода, то на какие средства существуете?	Опишите ниже:

Другие вопросы по медицинскому страхованию

Есть ли у пациента медицинская страховка?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента, проходящего лечение, страховое покрытие от третьего юридического лица, например, автостраховки или пособия по травмам, полученным на работе (Workers' Compensation)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента Медикейд? – если да, то переходите на стр. 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Подавал ли пациент заявление на предоставление Медикейд?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы беременны?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Находитесь ли на инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам больше 65 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам 19 лет или меньше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли родителем-опекуном и безработным?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Заявление на предоставление финансовой помощи

Заявление: Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и точной, согласно моему ведению. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, подлежит проверке, в том числе оценке кредитными агентствами, а также проверке федеральными и/или государственными органами и другими организациями, если это потребуется. Я даю разрешение моему работодателю предоставить Piedmont Healthcare подтверждение моего дохода. Я осознаю, что если какая-либо информация, которую я предоставил, окажется недостоверной, Piedmont Healthcare повторно оценит мой финансовый статус и примет необходимые меры.

Кроме того, я согласен заполнить заявление на любую помощь (например, Medicare, Medicaid, государственную помощь (для лечения рака), программу по восстановлению трудовых навыков (Vocational Rehab), страховку и т. д.), которая может быть доступна для оплаты расходов по моему счету Piedmont Healthcare. Я буду в полной мере сотрудничать с Change Healthcare, компанией, которая работает с Piedmont Healthcare по определению соответствия требованиям Медикейд, в принятии любых действий, которые могут быть сочтены необходимыми для получения такой помощи, и предоставлю полномочия или буду выплачивать Piedmont Healthcare сумму, возмещенную за расходы Piedmont Healthcare. Для каждого поручителя (guarantor) требуется одно полностью заполненное заявление на участие в Программе финансовой помощи.

Подпись заявителя

Имя, фамилия заявителя
(разборчиво печатными буквами)

Дата

Время

Подпись свидетеля

Имя, фамилия свидетеля
(разборчиво печатными буквами)

Дата

Время

В целях обработки Вашего заявления к нему необходимо приложить подтверждающую документацию. Отказ от предоставления соответствующей информации может привести к тому, что Ваше заявление будет отклонено, и Вы не сможете обжаловать такое решение. Если у Вас возникнут вопросы или Вам потребуется помощь в связи с заполнением этого заявления, Вы можете обратиться в отдел финансовой помощи:

Требования к документации

- Допустимые формы удостоверения личности с фотографией (принимаются только удостоверения личности государственного образца):
 - действительное водительское удостоверение государственного образца (в определенных обстоятельствах принимаются недействительные или просроченные документы);
 - удостоверение личности государственного образца;
 - паспорт;
 - военный билет;
 - удостоверение личности с фотографией, выданное консульством или учебным заведением;
 - виза или удостоверение личности иностранца-резидента (если применимо);
 - не принимаются к рассмотрению: карта Costco, селфи или фотография с Рождества/праздника.
- Подтверждение места жительства: соответствующие документы должны быть выданы не ранее, чем за 30 дней до подачи заявления, и на них должны быть указаны данные пациента. Допустимые виды документов:
 - договор аренды: к рассмотрению принимается действующий документ при условии, что в остальных документах указан тот же самый адрес;
 - письмо, подтверждающее право на получение продовольственных талонов;
 - счета за коммунальные услуги (с указанием фактического адреса);
 - прочие официальные документы, которые подтверждают Ваше место жительства, например, выписки по кредитной карте, уведомления от Налогового управления США (IRS), представителей программы Medicaid, учебного заведения, банковские выписки, ипотечные декларации.

• Примечание: наличие абонентского ящика не является подтверждением места жительства.
- Подтверждение дохода
 - Если пациент трудоустроен, требуются следующие документы: три последних квитанции по заработной плате (начисленной пациенту и его супруге/партнеру)
 - ИЛИ
 - Если пациент безработный, требуются следующие документы: заявление на получение пособия по безработице или письмо о начислении такого пособия, а также копии банковских выписок по расчетным и сберегательным счетам за последние три месяца (все счета)
 - ИЛИ
 - Если пациент является самозанятым лицом, требуются следующие документы: копии банковских выписок по личным и предпринимательским расчетным/сберегательным счетам (пациента и его супруга (супруги)/партнера) за последние три месяца (все счета)
 - ИЛИ
 - Если пациент является пенсионером, требуются следующие документы: письмо из Службы социального обеспечения (если применимо) и копии банковских выписок по личным и предпринимательским расчетным/сберегательным счетам за последние три месяца (пациента и его супруга (супруги)/партнера) (все счета)
 - Письмо от Службы социального обеспечения по поводу программы Medicare: WWW.SSA.gov/myaccount
 - Следующие документы используются для проверки информации и НЕ заменяют документы из вышеуказанного списка:
 - письма о решениях, подтверждающих тот факт, что пациент получает пособие по безработице, социальное пособие по нетрудоспособности, общую помощь, является участником программы Medicaid и т. д.;
 - письмо, подтверждающее право на получение продовольственных талонов;
 - подтверждение отсутствия постоянного места жительства или письмо из приюта на фирменном бланке;
 - прочие официальные деловые документы, подтверждающие получение пациентом поддержки.
 - Подтверждение количества иждивенцев:
 - подписанная налоговая декларация о доходах за предыдущие годы (требуется только при наличии иждивенцев);
 - письма о решениях, подтверждающих тот факт, что пациент несет юридическую ответственность за ребенка, например, документы об опеке и попечительстве, выданные по решению суда.