

Заявление о получении материальной помощи

Piedmont Healthcare, Центр по работе с клиентами
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Тел.: 1.855.788.1212
Факс: 770.916.7511



ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Дата оказания услуги (в прошлом или будущем):

Полное имя пациента:

Номер карты социального обеспечения:

Дата рождения:

Фактический адрес:

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____ Место работы/название компании: _____

Почтовый адрес:

Домашний телефон:

Мобильный телефон:

Номер медицинской карты:

Полное имя поручителя:

Номер карты социального обеспечения:

Дата рождения:

Фактический адрес:

Город:

Штат:

Индекс:

Место работы/название компании:

Почтовый адрес:

Домашний телефон:

Мобильный телефон:

Отношение к пациенту:

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА, УКАЗАВ ИХ ИМЕНА СОГЛАСНО ДОКУМЕНТАМ (за исключением вышеуказанных пациента и поручителя)

Полное имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения	Возраст	Отношение к поручителю	Род занятий	Номер карты соц. обеспечения	Совокупный годовой доход

Заявление о получении материальной помощи

Piedmont Healthcare, Центр по работе с клиентами
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Тел.: 1.855.788.1212
Факс: 770.916.7511



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ

СУММА

Медицинские расходы, включая медицинское страхование и ежемесячно приобретаемые лекарственные препараты	
Расходы на жилье и коммунальные услуги, включая арендную плату, плату за мобильный и стационарный телефон, (кабельное) телевидение, Интернет, электричество, газ, воду, налог на имущество и/или выплаты по ипотечному кредиту	
Транспортные расходы, включая расходы, связанные с использованием автомобиля и автострахованием и/или ежемесячные транспортные расходы	
Другие расходы, включая плату за детский сад, обучение, алименты на ребенка и/или бывшему супругу	

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА ДОМОХ-ВА

ДРУГИЕ ВОПРОСЫ ПО ОПЛАТЕ РАСХОДОВ

ДА/НЕТ

Доход от работы	
Выплаты по социальному обеспечению	
Выплаты в связи с ограниченными возможностями	
Пособие по безработице	
Алименты бывшему супругу/на ребенка	
Доход от инвестиций	
Доход от сдачи имущества в аренду	
Пенсионный доход	
Сбережения или проценты по капиталовложениям	
Другой доход или виды помощи	

1. Участвует ли пациент в программе медицинского страхования?	
2. Получает ли пациент медицинскую помощь по программе Medicaid штата Джорджия?	
3. Проходит ли пациент лечение, покрываемое компенсацией за травмы, полученные на рабочем месте?	
4. Проходит ли пациент лечение в связи с травмами, оплачиваемое в рамках гражданской ответственности перед третьими лицами, например компаниями в сфере автострахования?	

ЕСЛИ ВЫ НЕ ИМЕЕТЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА, ТО ОБЪЯСНИТЕ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ ОПЛАЧИВАЕТЕ СВОИ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ

Заявление о получении материальной помощи

Piedmont Healthcare, Центр по работе с клиентами
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339

Тел.: 1.855.788.1212

Факс: 770.916.7511



ЗАЯВЛЕНИЕ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является верной и точной. Я понимаю, что в случае необходимости указанная мной информация подлежит проверке, в том числе агентствами кредитной информации, а также федеральными ведомствами, ведомствами штата и/или другими. Я разрешаю своему работодателю предоставить Piedmont Healthcare справку о моих доходах. Я понимаю, что, если любая указанная мной информация окажется неверной, Piedmont Healthcare пересмотрит оценку моего материального положения и примет соответствующие меры.

Подпись заявителя:

Дата:

Подпись свидетеля:

Дата:

**ОБРАБОТКА ВАШЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ.
ПРИМЕРЫ НЕОБХОДИМЫХ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ СМ. НА СТР. 4 ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ.**

Заявление о получении материальной помощи

Piedmont Healthcare, Центр по работе с клиентами
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Тел.: 1.855.788.1212
Факс: 770.916.7511



- Удостоверение личности с фотографией — выданные штатом водительское удостоверение и удостоверение личности, паспорт или любое удостоверение, выданное консульством или учебным заведением.
- Виза или вид на жительство (если применимо)
- Подтверждение места жительства — необходимо предоставить от одного до трех из следующих документов с указанием вашего текущего адреса:
 - От одного до трех счетов за коммунальные услуги, таких как счет за электричество, газ, воду, телефон
 - Договор аренды
 - Квитанция об оплате аренды с указанием вашего текущего адреса
 - Письмо, подтверждающее получение продовольственных купонов
 - Регистрационная карта избирателя
 - Другие деловые документы, подтверждающие ваше место жительства, например выписки по кредитной карте, письма от Федерального налогового управления США (IRS — Internal Revenue Service), письма об участии в программе медицинской помощи Medicaid, справки из учебного заведения, счета за кабельное телевидение и мобильный телефон, банковские выписки, документация о выплатах по ипотечному кредиту, корешки чеков с указанием вашего адреса и т. д.
 - ПРИМЕЧАНИЕ: номер абонентского ящика не является подтверждением места жительства.
- Подтверждение дохода — требуется один из следующих документов:
 - Три последних корешка чеков заработной платы пациента и его супруга/гражданского супруга
 - Заявление о получении пособия по безработице/запрос в Министерство труда об уровне заработной платы (Wage Inquiry, WG-15)
 - Копии банковских выписок за последние три месяца, если заявитель живет на свои сбережения
 - Письмо от работодателя на фирменном бланке компании, подтверждающее дату начала работы, текущий статус сотрудника компании, уровень почасовой оплаты, общую сумму заработной платы, выплаченной за каждый платежный период, а также частоту выплаты заработной платы
 - Любые официальные письма, подтверждающие получение пациентом пособия по безработице, медицинской помощи по программе Medicaid, социального пособия по нетрудоспособности, общей помощи и т. д.
 - Письмо, подтверждающее получение продовольственных купонов, и корешки чеков заработной платы
 - Подтверждение отсутствия постоянного места жительства или письмо из приюта на фирменном бланке
 - Другие деловые документы, подтверждающие получение пациентом определенного вида помощи
- Подтверждение количества иждивенцев — требуется один из следующих документов:
 - Подписанная налоговая декларация за прошлый год (самая последняя)

Заявление о получении материальной помощи

Piedmont Healthcare, Центр по работе с клиентами
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339

Тел.: 1.855.788.1212

Факс: 770.916.7511



-
- Любые официальные письма, подтверждающие юридическую ответственность пациента за ребенка, например решения суда о присвоении статуса опекуна или попечителя
 - Свидетельство о рождении каждого ребенка младше 18 лет