

ФОРМА СВЕДЕНИЙ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ / ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Чтобы получить помощь, заполните эту форму, или, если у вас возникли вопросы, позвоните по номеру 713-338-5502 или 800-526-2121 -- Нажмите 5

ФИО пациента:	Укажите номер телефона:
Адрес пациента:	Город, штат, индекс:
Номер(-а) счета:	Дата(-ы) обслуживания:

ИНСТРУКЦИИ: Необходимо ответить на все вопросы. Если вопрос к вам не относится, укажите в строке н/п.
Приложите копию одного удостоверения личности с фотографией (например, водительского удостоверения, выданного штатом, или паспорта с фотографией и пр.)*
Приложите копию последней поданной налоговой декларации или
Приложите копию одного из следующих доказательств уровня дохода:

* Если удостоверения с фотографией нет, можно приложить другие документы, подтверждающие личность. Выше указан номер телефона, по которому можно обратиться за помощью.

<input type="checkbox"/>	2 последних платежных квитанции	<input type="checkbox"/>	Чек социального обеспечения или письмо о назначении пособия
<input type="checkbox"/>	Корешок квитанции, подтверждающий получение пособия по безработице	<input type="checkbox"/>	Письмо от работодателя с указанием ФИО сотрудника, должности, почасовой зарплаты, количества отработанных часов

***** Без сопроводительной документации заявление считается неполным. *****

СТАТУС:	<input type="checkbox"/> Постоянный житель штата Техас	<input type="checkbox"/> Лицо, легально проживающее в стране	<input type="checkbox"/> Иммиграционная виза	<input type="checkbox"/> Неиммиграционная виза
---------	--	--	--	--

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (выбрать один вариант)	<input type="checkbox"/> Женат/замужем	<input type="checkbox"/> Неженат/не замужем	<input type="checkbox"/> В разводе
	<input type="checkbox"/> Вдовец/вдова	<input type="checkbox"/> Другое _____	

ДЕТИ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ И ДРУГИЕ ПРОЖИВАЮЩИЕ С ВАМИ ИЖДИВЕНЦЫ (При необходимости можно продолжить на другой странице)					
ФИО	Дата рождения	Степень родства с иждивенцем (выбрать один вариант)			
		Ребенок	Пасынок/падчерица	Опекун	Взрослый/пожилой человек

ДАННЫЕ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ	
Пациент	Супруг/Супруга
Работодатель	Работодатель
Должность	Должность
Статус занятости (выбрать один вариант)	Статус занятости (выбрать один вариант)
<input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Частичная <input type="checkbox"/> Безработный	<input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Частичная <input type="checkbox"/> Безработный
<input type="checkbox"/> Домохозяйка <input type="checkbox"/> Нет возможности вернуться к работе	<input type="checkbox"/> Домохозяйка <input type="checkbox"/> Нет возможности вернуться к работе

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ		МЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ СЕМЬИ (Не используется для FAA)	
Пациент	\$ _____ /мес.	Жилье:	_____ Собственное/ипотека _____ Аренда
Супруг/Супруга	\$ _____ /мес.	Плата за жилье	\$ _____ /мес.
Алименты	\$ _____ /мес.	Коммунальные услуги (электричество, вода)	\$ _____ /мес.
Пособие по безработице	\$ _____ /мес.	Автомобиль №1	\$ _____ /мес.
Пособие на ребенка	\$ _____ /мес.	Автомобиль №2	\$ _____ /мес.
Пособие в связи с потерей кормильца	\$ _____ /мес.	Бензин	\$ _____ /мес.
Компенсация работника	\$ _____ /мес.	Страхование	\$ _____ /мес.
Трастовый фонд	\$ _____ /мес.	ТВ / кабельное / телефон	\$ _____ /мес.
Другое	\$ _____ /мес.	Продукты питания	\$ _____ /мес.
СУММА ДОХОДОВ	\$ _____ /мес.	СУММА РАСХОДОВ	\$ _____ /мес.

БАНКОВСКИЕ СЧЕТА / ДРУГИЕ АКТИВЫ (необходимо ответить на все 3 вопроса):				(Не используется для FAA)
Расчетный счет в банке? (обвести один вариант)	Да	Нет	Текущий баланс	\$ _____
Сберегательный счет? (обвести один вариант)	Да	Нет	Текущий баланс	\$ _____
Дополнительная собственность? (обвести один вариант)	Да	Нет	Текущая стоимость	\$ _____
Если да, опишите: _____				

ФОРМА СВЕДЕНИЙ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ / ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента:

- Я подтверждаю под страхом наказания за дачу ложных показаний, что мои ответы являются правдивыми и верными, насколько мне это известно.
- Предоставленная мной информация отражает доходы и расходы СЕМЬИ.
- Данная информация, а также кредитная история и прочая общедоступная информация может использоваться Memorial Hermann для составления графика платежей и/или подачи заявления на получение финансовой помощи и/или принятия решения о моем праве на различные программы, страховое покрытие или помощь.
- Я разрешаю Memorial Hermann получать информацию из любых источников для проверки сделанных мной заявлений.
- Вы получите от Memorial Hermann письменное уведомление, если предоставленная информация окажется неполной или недостаточной для принятия решения о вашем праве на финансовую помощь или если вы не соответствуете требованиям. Также вы получите письменное уведомление, если вы имеете право на финансовую помощь.
- Пациенты, подавшие заявление на получение финансовой помощи, могут иметь право на финансирование со стороны местных, федеральных программ или программ штата. Таким пациентам необходимо подать заявления на участие в таких программах до вынесения решения о праве на финансовую помощь. Memorial Hermann предоставляет помощь в подаче заявлений на участие в таких программах. Если вы не подадите заявление на участие в таких программах, это может негативно повлиять на рассмотрение заявления пациента о получении финансовой помощи.
- Я подтверждаю тот факт, что мной поданы заявления на все возможные страховые покрытия, в том числе Medicaid, финансирование в помощь жертвам преступлений, биржи медицинского страхования и любые другие местные, федеральные программы обеспечения или программы штата.
- Я понимаю, что если я не соответствую требованиям на получение финансовой помощи, я лично понесу ответственность за расходы на медицинское обслуживание.

Подпись пациента/поручителя

Дата

После заполнения этой формы направьте ее и ВСЕ подтверждающие документы по почте, факсу или электронной почте:

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024,
Attention: PBS Financial Assistance
Fax: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Для служебных отметок

Финансовая помощь одобрена генеральным/финансовым директором учреждения

Одобрено:

ФИО / подпись

Должность

Дата

См. на обратной стороне

См. на обратной стороне

