

Пожалуйста, заполните все поля. Если что-либо недоступно/неприменимо, поставьте прочерк (NA).
При необходимости добавьте дополнительные страницы.*

НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ

Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите предпочитаемый язык:
Подавал ли пациент заявление для программы Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получает ли пациент государственные социальные услуги, например TANF, Basic Food или WIC? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связано ли лечение пациента с дорожно-транспортным происшествием или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПРИМИТЕ ВО ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать получение Вами финансовой поддержки, даже если Вы подали заявление.
- После подачи заявления, мы можем проверить предоставленную информацию и запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения от Вас заполненного заявления и документов, мы сообщим о Вашей правомочности для получения поддержки.

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента		Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> другой (укажите _____)	Дата рождения		№ счёта
Лицо, ответственное за оплату счёта	Кем приходится пациенту	Дата рождения	№ соц. страхования (не обязательно)
Почтовый адрес _____ _____			Номер(а) телефонов для связи () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____
Город	Штат	Почтовый индекс	
Занятость лица, ответственного за оплату счёта <input type="checkbox"/> Трудоустроен(-а) (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> Безработный(-ая) (длительность периода без работы: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятый(-ая) <input type="checkbox"/> Студент(-ка) <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, которые живут с Вами, включая себя.

Семья включает людей, связанных по рождению, браку и усыновлению, которые живут вместе.

СОСТАВ СЕМЬИ _____

При необходимости добавьте страницы

Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц от 18 лет и старше: работодатель или источник дохода:	Для лиц от 18 лет: общий ежемесячный доход до вычета налогов:	Также подаёт заявл. на получение фин.поддержки?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ – КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

(продолжение)

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

ВНИМАНИЕ: к заявлению необходимо приложить документы, подтверждающие сумму Ваших доходов.

Вы должны предоставить сведения о доходе своей семьи. Источником дохода может быть:

- Заработная плата - Пособие по безработице - Доход от самозанятости - Компенсация работникам - Пособие по инвалидности - Дополнительный социальный доход - Алименты на ребенка/супруга - Программы работы во время учёбы (для студентов) - Пенсия - Выплаты с пенсионных счетов - Другое (*уточните* _____).

Для определения правомочности получения финансовой поддержки необходимо подтвердить сумму всех доходов.

Необходимо указать доходы всех членов семьи в возрасте от 18 лет. Если Вы не можете предоставить документ, можно приложить письменное заявление с указанием дохода. Предоставьте подтверждение каждого из указанных источников доходов.

Подтверждением источника дохода может быть:

- отчёт W2 об удержании налога; или
- квитанции текущих платежей (за 3 месяца); или
- налоговая декларация за прошедший год, с графиком оплаты, если он есть; или
- письменное заявление от работодателя или другого плательщика; или
- подтверждение/отказ в правомочности получения пособия по безработице.

Если у Вас нет доходов или подтверждения источника, приложите дополнительную страницу с пояснением. Приложите дополнительную страницу, если Вы хотите предоставить дополнительную информацию о своём финансовом состоянии, например о финансовых трудностях, сезонных или временных доходах, понесённом ущербе.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Финансовая поддержка не покрывает: услуги врачей, которые не состоят в штате больницы Wellfound Behavioral Health Hospital (WBHH), но оказывают Вам услуги в нашей больнице, услуги скорой помощи, плата врачам в лаборатории, услуги визуализации или терапии, покупки в розничных аптеках, услуги экспресс-клиник, услуги, предоставляемые с переводом за пределы больницы или виртуальные приёмы (телемедицина).

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что Wellfound Behavioral Health Hospital может проверить информацию с помощью кредитной истории или другого источника, чтобы установить правомочность получения финансовой поддержки или рассрочки оплаты.

Я подтверждаю достоверность и правильность указанной выше информации в соответствии с имеющимися у меня сведениями. Я понимаю, что если выяснится, что мной предоставлена ложная информация, мне будет отказано в предоставлении финансовой поддержки, и я буду должен(-на) оплатить все предоставленные услуги.

Подпись заявителя

Дата

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если у Вас есть вопросы или Вы хотите подать заявку, отправьте электронное письмо в Офис финансовой поддержки по адресу wellfoundfinancialassistance@wellfound.org.