

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ НСАР (ПРОГРАММА ГАРАНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) И ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Ответственное лицо:

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
---------	-----	---------------

Имя и фамилия

пациента:

(Требуется одно заявление от
пациента)

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

СРЕД. ИНИЦИАЛ

Дата рождения
пациента:

МЕСЯЦ

ДЕНЬ

ГОД

Дата получения медицинской
помощи в больнице

МЕСЯЦ

ДЕНЬ

ГОД

Адрес пациента на момент оказания
медицинской услуги:

НОМЕР ДОМА
И УЛИЦА

НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

ОКРУГ

Текущий адрес:

НОМЕР ДОМА
И УЛИЦА

НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

ОКРУГ

Заполните следующие графы: Заявление заполняется пациентом в возрасте 18 лет и старше. Перечислите всех членов семьи. К ним относятся пациент, его родители (независимо от того, проживают ли они вместе с ним), а также не достигшие 18 лет родные или приемные дети, которые проживают в одном доме с пациентом.

ИМЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ И ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА (на период получения медицинских услуг)	ДОХОД, ПОЛУЧЕННЫЙ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ДО ДАТЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	ДОХОД, ПОЛУЧЕННЫЙ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ ДО ДАТЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ДОХОДА И НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ (УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ВЫ СТУДЕНТ КОЛЛЕДЖА)
	САМ(А) / ПАЦИЕНТ				

Дополнительных членов семьи можно вписать на обороте этого заявления.

1. Если вы указали нулевой совокупный доход, укажите, за счет чего вы обеспечиваете свое существование.

2. Была ли у пациента медицинская страховка или страховка Medicaid во время получения медицинской помощи в больнице? Да Нет

Название страховой компании и/или программы Medicaid:

Идентификационный номер (или номера) держателя страхового полиса или участника программы Medicaid:

НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ:

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА НА ДАТУ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ: счет за коммунальные услуги, счет за телефон или кабельное телевидение, квитанция об аренде, выписка по счету кредитной карты, регистрационная карточка избирателя, копия водительского удостоверения или удостоверение личности, выданное штатом.

ТРУДОУСТРОЙСТВО: справка о доходах за 3 или 12 месяцев либо подписанное собственноручное заявление в том случае, если оплата производится наличными.

САМОЗАНЯТОСТЬ: налоговая декларация по форме 1040 (страница 1) с приложением Schedule C и подписанное собственноручное заявление о доходах.

ПИСЬМО О НАЗНАЧЕНИИ ПОСОБИЯ: по социальному обеспечению, по безработице, от VA (Департамента по делам ветеранов), по пенсии, по инвалидности.

ПРОЧЕЕ: другой доход, например доход от аренды и т. п.

Своей подписью, приведенной ниже, я подтверждаю, что я внимательно прочитал(-а) это заявление, и что вся информация, которую я указал(-а) в этом заявлении, и все сведения, содержащиеся во всех документах, приложенных к этому заявлению, являются, насколько мне известно и по моему убеждению, истинными и верными. **Я понимаю, что предоставлять заведомо ложную информацию для получения финансовой помощи незаконно.**

Подпись ответственного лица

Дата заполнения