

**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: \_\_\_\_\_

Дата получения медицинской помощи в больнице \_\_\_\_\_

МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД 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.**

- Если вы указали нулевой совокупный доход, укажите, за счет чего вы обеспечиваете свое существование.
- Была ли у пациента медицинская страховка или страховка Medicaid во время получения медицинской помощи в больнице? ☐ Д а ☐ Н е т

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 УСЛУГ: 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, проставленной 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 \_\_\_\_\_

Есть вопросы? Позвоните нам по телефону 513-636-4427 (доб. 2) или отправьте электронное письмо на [FFA@cchmc.org](mailto:FFA@cchmc.org)