

## ФОРМА ИНФОРМАЦИИ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ / ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

**Чтобы получить помощь, заполните эту форму, или, если у вас возникли вопросы, позвоните по номеру телефона 281-312-4012 или 281-312-4000 (нажмите 5).**

Имя, фамилия пациента:	Номер телефона:
Адрес пациента:	Город, штат, индекс:
Номер(-а) счета(-ов):	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 декларации об уплате подоходного налога или Приложите копию одного из следующих документов, подтверждающих доходы:**

<input type="checkbox"/> 2 последних корешка чека на заработную плату <input type="checkbox"/> документ, подтверждающий получение пособия по безработице	<p><small>* Если удостоверения с фотографией нет, можно приложить другие документы, подтверждающие личность. Выше указан номер телефона, по которому можно обратиться за помощью.</small></p> <input type="checkbox"/> чек о пенсионном пособии или письмо о назначении пособия <input type="checkbox"/> письмо от работодателя с указанием фамилии и имени сотрудника, должности, почасовой зарплаты, количества отработанных часов
---	---

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

<b>СТАТУС:</b>	<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
<b>СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</b> (выбрать один вариант):	<input type="checkbox"/> Женат/замужем	<input type="checkbox"/> Не женат/не замужем	<input type="checkbox"/> В разводе	
	<input type="checkbox"/> Вдова/вдовец	<input type="checkbox"/> Другое _____		

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

ПАЦИЕНТ	СУПРУГ
Работодатель _____	Работодатель _____
Должность _____	Должность _____
Статус занятости (выбрать один вариант) <input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Частичная <input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Домохозяин/домохозяйка <input type="checkbox"/> Нет возможности вернуться к работе	Статус занятости (выбрать один вариант) <input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Частичная <input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Домохозяин/домохозяйка <input type="checkbox"/> Нет возможности вернуться к работе

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ	РАСХОДЫ СЕМЬИ В МЕСЯЦ (не используется для FAA)
Пациент                    долл. _____ /мес. _____	Жилье:                    _____ собственное/кредит                    _____ аренда
Супруг(-а)                долл. _____ /мес. _____	Плата за жилье                    долл. _____ /мес. _____
Алименты                долл. _____ /мес. _____	Коммунальные платежи (электроэнергия, вода)                    долл. _____ /мес. _____
Пособие по безработице                    долл. _____ /мес. _____	1-й автомобиль                    долл. _____ /мес. _____
Пособие на ребенка                    долл. _____ /мес. _____	2-й автомобиль                    долл. _____ /мес. _____
Пособие в связи с потерей кормильца                    долл. _____ /мес. _____	Топливо                    долл. _____ /мес. _____
Компенсация рабочим                    долл. _____ /мес. _____	Страхование                    долл. _____ /мес. _____
Целевой фонд            долл. _____ /мес. _____	ТВ/кабельное ТВ/телефон                    долл. _____ /мес. _____
Другое                    долл. _____ /мес. _____	Питание                    долл. _____ /мес. _____
<b>ОБЩАЯ СУММА ДОХОДОВ    долл. _____ /мес. _____</b>	<b>ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ    долл. _____ /мес. _____</b>

**БАНКОВСКИЕ СЧЕТА / ДРУГИЕ АКТИВЫ (необходимо ответить на все 3 вопроса):** **(Не используется для FAA)**

Расчетный счет в банке? (обведите один вариант)	Да	Нет	Баланс в настоящий момент	долл. _____
Сберегательный счет? (обведите один вариант)	Да	Нет	Баланс в настоящий момент	долл. _____
Дополнительная собственность? (обведите один вариант)	Да	Нет	Стоимость в настоящий момент	долл. _____

Если да, опишите: \_\_\_\_\_



Имя, фамилия пациента:

- \* Я осведомлен(-а) об ответственности за дачу ложных показаний и гарантирую точность и правдивость предоставленной мной информации.
- \* Предоставленная мной информация отражает доходы и расходы СЕМЬИ.
- \* Данная информация, а также кредитная история и прочая общедоступная информация может использоваться хирургической больницей Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood 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 хирургической больнице Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood получать информацию из любых источников для проверки сделанных мной заявлений.
- \* Если предоставленная информация окажется неполной или недостаточной для принятия решения о вашем праве на финансовую помощь, или если вы не соответствуете требованиям, вы получите от хирургической больницы Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood письменное уведомление. 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 и федеральных программ или программ штата. Таким пациентам необходимо подать заявления на участие в таких программах до вынесения решения о праве на финансовую помощь. Хирургическая больница Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood предоставляет помощь при 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, Crime Victims, Health Exchange Insurance и любые другие местные, федеральные программы обеспечения или программы штата.
- \* Я понимаю, что если я не соответствую требованиям для получения финансовой помощи, я лично понесу ответственность за расходы на медицинское обслуживание.

Подпись пациента/поручителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Заполнив это заявление, отправьте его и ВСЕ сопроводительные документы по адресу:

**Patient Business Office  
300 Kingwood Medical Drive  
Kingwood, Texas 77339  
Attention: Financial Assistance**

*Office Use Only*

**Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO**

Approved by: \_\_\_\_\_

Name / Signature

Title

Date

См. на обратной стороне



См. на обратной стороне