

Заявление на предоставление финансовой помощи

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Все поля должны быть заполнены

Дата обслуживания (прошлая или будущая): _____ Учреждение: _____

Фамилия Имя пациента: _____ Номер соц. страхования: _____

Дата рождения: _____ Адрес проживания: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Почтовый адрес: _____ Номер медицинской карты: _____

Телефон: _____ Имя и фамилия заполняющего: _____

Кем приходится пациенту: _____

Юридические члены семьи, включая вас (поручителя)

Фамилия, имя	Дата рождения	Возраст	Кем приходится	Кем работает	Номер соц. страхования	Годовой доход
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Источники дохода (если нет, то в графе укажите ноль)

Доход	\$
Социальное обеспечение	\$
Прочие доходы/ Алименты/ Доход от инвестиций/ пенсия	\$
Общий доход	\$
Сумма арендной платы	\$
Сумма ипотеки	\$
Баланс 401K/IRA	\$
Остаток на сберегательном счете	\$
Проверка поставщика Medicaid	
Если у вас нет дохода, то на какие средства существуете?	Опишите ниже:

Другие вопросы по медицинскому страхованию

Есть ли у пациента медицинская страховка?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента, проходящего лечение, страховое покрытие от третьего юридического лица, например, автостраховки или пособия по травмам, полученным на работе (Workers' Compensation)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента Медикейд? – если да, то переходите на стр. 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Подавал ли пациент заявление на предоставление Медикейд?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы беременны?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Находитесь ли на инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам больше 65 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам 19 лет или меньше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли родителем-опекуном и безработным?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы находитесь здесь на основании визы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Номер визы/страна/дата возвращения: _____	

Заявление на предоставление финансовой помощи

Заявление: Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и точной, согласно моему ведению. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, подлежит проверке, в том числе оценке кредитными агентствами, а также проверке федеральными и/или государственными органами и другими организациями, если это потребуется. Я даю разрешение моему работодателю предоставить Piedmont Healthcare подтверждение моего дохода. Я осознаю, что если какая-либо информация, которую я предоставил, окажется недостоверной, Piedmont Healthcare повторно оценит мой финансовый статус и примет необходимые меры.

Я также соглашаюсь подать заявку на получение любой помощи (например, Medicare, Medicaid, государственной помощи (в случае онкологического заболевания), профессиональной реабилитации, страхования и т. д.), которая может быть доступна для оплаты моих расходов по счету в Piedmont Healthcare. Я буду в полной мере сотрудничать с поставщиком медицинской помощи по программе Medicaid в Piedmont Healthcare, ответственным за получение права на участие в программе Medicaid в Piedmont Healthcare, в принятии любых мер, которые могут быть сочтены необходимыми для получения такой помощи, и перечислю или выплачу Piedmont Healthcare сумму, полученную в счет оплаты расходов Piedmont Healthcare. Отказ от сотрудничества с поставщиком услуг по проверке права на участие в программе Medicaid в Piedmont Healthcare приведет к немедленному отказу в предоставлении финансовой помощи. Для каждого поручителя необходимо заполнить полную заявку на участие в программе финансовой помощи.

Подпись заявителя	Имя, фамилия заявителя (разборчиво печатными буквами)	Дата	Время
Подпись свидетеля	Имя, фамилия свидетеля (разборчиво печатными буквами)	Дата	Время

В целях обработки Вашего заявления к нему необходимо приложить подтверждающую документацию. Отказ от предоставления соответствующей информации может привести к тому, что Ваше заявление будет отклонено, и Вы не сможете обжаловать такое решение. Если у Вас возникнут вопросы или Вам потребуется помощь в связи с заполнением этого заявления, Вы можете обратиться в отдел финансовой помощи:

Требования к документации

- **Допустимые документы, удостоверяющие личность, с фотографией (принимаются только удостоверения личности государственного образца):**
 - Действительное водительское удостоверение государственного образца (в определенных обстоятельствах принимаются недействительные или просроченные документы).
 - Удостоверение личности государственного образца.
 - Паспорт.
 - Военный билет.
 - Удостоверение личности с фотографией, выданное консульством или учебным заведением.
 - Виза или удостоверение личности иностранца-резидента (если применимо).
 - Не принимаются: карта Costco, селфи или фотографии с Рождества/праздника.
- **Подтверждение места жительства: документы должны быть выданы не ранее, чем за 30 дней до подачи заявления, и в них должны быть указаны данные пациента. Допустимые документы:**
 - Договор аренды: принимается действующий договор, в котором указан тот же адрес, что и в других документах.
 - Письмо, подтверждающее право на получение продовольственных талонов.
 - Счета за коммунальные услуги (с указанием фактического адреса).
 - Прочие официальные документы, которые подтверждают место жительства: например, выписки по кредитной карте, уведомления от Налогового управления США (IRS), представителей программы Medicaid или учебного заведения, банковские выписки, ипотечные декларации.

Примечание. Наличие абонентского ящика не является подтверждением места жительства.
- **Подтверждение дохода**
 - Необходимые документы для трудоустроенных лиц**
 - Три последних расчетных листа по заработной плате (пациент и супруг(-а)/законный партнер)
 - Необходимые документы для безработных лиц**
 - Заявление на получение пособия по безработице или письмо о его начислении; копии банковских выписок за последние три месяца, включая расчетные, сберегательные, дебетовые и виртуальные счета (все счета).
 - Необходимые документы для самозанятых лиц**
 - Копии банковских выписок за последние три месяца, включая расчетные, сберегательные, дебетовые и виртуальные счета (все личные и коммерческие счета).
 - Необходимые документы для пенсионеров и инвалидов**
 - Все документы, подтверждающие доход, т. е. аннуитет, пенсия, пособие по инвалидности, пособие в связи с потерей кормильца и дополнительный социальный доход, и т. д.
 - Копии банковских выписок за последние три месяца, включая расчетные, сберегательные, дебетовые и виртуальные счета (все счета).
 - Письмо от службы социального обеспечения, касаемое программы Medicare: WWW.SSA.gov/myaccount
- **А ТАКЖЕ** (указанные ниже документы используются для проверки информации и НЕ заменяют документы из вышеуказанного списка):
 - Письма о решениях, подтверждающих тот факт, что пациент получает пособие по безработице, социальное пособие по нетрудоспособности, общую помощь, является участником программы Medicaid и т. д.
 - Письмо, подтверждающее право на получение продовольственных талонов.
 - Подтверждение отсутствия постоянного места жительства (письмо из приюта на фирменном бланке).
 - Письма поддержки от родственников не принимаются.
 - Прочие официальные деловые документы, подтверждающие получение пациентом поддержки.
- **Подтверждение количества иждивенцев**
 - Выписка из налоговой декларации за предыдущие годы (только при наличии иждивенцев).
 - Выписку из налоговой декларации можно найти на веб-сайте IRS.GOV
 - Письма о решениях, подтверждающих тот факт, что пациент несет юридическую ответственность за ребенка: например, документы об опеке и попечительстве, выданные по решению суда.

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339

Phone: 1-855-788-1212 • Fax: 770-916-7511 • Email: Assistance@piedmont.org