

**ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ
--------------------------

К данному заявлению необходимо приложить подтверждение личности, места жительства, последние федеральные налоговые декларации, информацию о доходах и активах.

Просьба высылать копии всех необходимых документов; не отправляйте оригиналы документов, так как мы не возвращаем их. Если вам необходима помощь или у вас имеются вопросы, позвоните в отдел финансовых услуг для пациентов (Patient Financial Services) по телефону 908-281-1522.

**I. Личная информация**

**№ УЧЁТНОЙ ЗАПИСИ В КЛИНИКЕ \_\_\_\_\_**

Имя пациента (фамилия, имя, инициал среднего имени) _____	Семейное положение _____	№ социального страхования _____
(НОМЕР ДОМА И УЛИЦА) _____	СОБСТВЕННОЕ _____	АРЕНДА КАК ДОЛГО _____
(ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС) _____	(ОКРУГ) _____	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН _____	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ _____	
Имя лица, заполняющего заявление _____	Отношение к пациенту _____	Номер телефона _____
Имя поручителя (если он отличается от пациента) _____	Отношение к пациенту _____	Номер телефона _____

**II. Информация о страховании**

Название страхования _____	Имя подписчика _____	Отношение к пациенту _____
При отсутствии страхования: вы подавали заявление на получение медицинского страхования н. ДА _____	НЕТ _____	
Вы освобождены от подачи заявления на получение медицинского страхования на бирже? ДА _____	НЕТ _____	
Обращались ли вы за медицинской помощью в последние 6 месяцев? ДА _____	НЕТ _____	
Если ДА, то приложите копию письма с отказом или подтверждения соответствия критериям. ДА _____	НЕТ _____	

Если НЕТ, то обратитесь в ваше местное управление службы социального обеспечения, чтобы узнать, как подать заявление на получение страховых пособий.

**III. Информация о домохозяйстве (перечислите всех лиц, которые проживают в вашем домохозяйстве) РАЗМЕР ДОМОХОЗЯЙСТВА \_\_\_\_\_**

Имя участника домохозяйства, включая пациента	Отношение к пациенту	Род занятий
	ПАЦИЕНТ	

Продолжение Участник домохозяйства	Отношение к пациенту	Род занятий

#### **IV. Источники доходов/активов домохозяйства (включая родственника, связанного с пациентом узами крови, брака или вследствие**

##### **Доход домохозяйства:**

(Пожалуйста, укажите, месячный (М) ли это или годового (Г) доход)		ПАЦИЕНТ	ОСТАЛЬНОЕ ДОМОХОЗЯЙСТВО
Оклад/заработная плата до вычетов	М Г	долл. США	долл. США
Самозанятое лицо (подтверждено на основании нез	М Г	долл. США	долл. США
Пособия по социальному страхованию	М Г	долл. США	долл. США
Алименты/пособия на ребёнка	М Г	долл. США	долл. США
другие виды денежной поддержки	М Г	долл. США	долл. США
Пособие по безработице и нетрудоспособности	М Г	долл. США	долл. США
Пособия ветеранам	М Г	долл. США	долл. США
Пенсионные выплаты	М Г	долл. США	долл. США
Страховые и аннуитетные выплаты	М Г	долл. США	долл. США
Дивиденды/проценты	М Г	долл. США	долл. США
Доход от аренды	М Г	долл. США	долл. США

ИТОГО

##### **Активы домохозяйства:**

ДРУГИЕ АКТИВЫ	ПАЦИЕНТ	ОСТАЛЬНОЕ ДОМОХОЗЯЙСТВО
Сбережения	долл. США	долл. США
Чековые счета	долл. США	долл. США
Депозитный сертификат (ДС)	долл. США	долл. США
Депозитный счёт денежного рынка	долл. США	долл. США
Сберегательные облигации	долл. США	долл. США
Акции	долл. США	долл. США
Облигации	долл. США	долл. США
Индивидуальный пенсионный счёт	долл. США	долл. США
Накопительный пенсионный счёт 401(К)	долл. США	долл. США
План 403(b)s	долл. США	долл. США
Другое	долл. США	долл. США

ИТОГО

#### **V. Удостоверение заявителем**

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация в связи с размером моей семьи, доходов и активов является верной и точной.

Я понимаю, что в случае предоставления умышленно искажённой предоставленной информации я буду нести ответственность за оплату больничных расходов.

Я понимаю, что я несу ответственность за уведомление клиники о любых изменениях своего положения в связи с моими доходами или активами.

Подпись пациента

ДАТА

Подпись лица, подготовившего документ /отношение к пациенту) Дата