

Форма заявки на получение финансовой помощи

ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Впишите печатными буквами ваше полное имя, адрес на момент получения медицинской помощи и другую информацию, указанную в этом разделе.

Номер счета: _____ Дата(-ы) обслуживания: _____

Имя и фамилия пациента: _____

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ

Адрес: _____ Город: _____ Округ: _____

Штат проживания: _____ Почтовый индекс: _____ Дата рождения: ____/____/____ Семейное положение: Не женат/не замужем Женат/Замужем Разведен(а)

Основной номер телефона: (_____) _____ Дом. Моб. Раб. Другой: _____

Адрес эл. почты: _____

Медицинская страховка на момент оказания услуги: Отсутствует Medicare Medicaid Другая: _____

ВТОРОЙ РАЗДЕЛ: СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД И АКТИВЫ

Укажите свой доход, доход вашего(-ей) супруга(-и) и всех других членов семьи (если применимо).

Источник дохода	Всего за 3 месяца до оказания услуги	Всего за 12 месяцев до оказания услуги
Заработная плата/Самозанятость	\$ _____	\$ _____
Социальное страхование	\$ _____	\$ _____
Пенсия, дивиденды, проценты, доход от аренды	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице, компенсация работникам	\$ _____	\$ _____
Пособие на ребенка, алименты (только если пациент является непосредственным получателем)	\$ _____	\$ _____
Другое	\$ _____	\$ _____

Итого чистые активы (активы - долг) на дату подачи заявки: \$ _____

ТРЕТИЙ РАЗДЕЛ: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И ДОХОД

Укажите всех членов вашей семьи и дату их рождения.

Предоставьте следующую информацию касательно всех ваших членов семьи, которые живут в вашем доме. Для целей HCAP семья определяется как пациент, супруг(а) пациента и все дети пациента до 18 лет (родные или приемные), которые проживают в доме пациента. Если пациенту не исполнилось 18 лет, семья включает пациента, родного(-ых) или приемного(-ых) родителя(-ей) пациента и детей (родных или приемных) младше 18 лет родителя(-ей), которые проживают в доме пациента.

Имя членов семьи, включая пациента	Дата рождения	Кем приходится пациенту
1. Пациент: _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что все указанное мной в данной заявке и во всех приложениях, является верным.

Подпись ответственной стороны: х _____ Дата: _____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что данная заявка была проверена и утверждена мной.

Подпись главного врача больницы: х _____ Дата: _____

Передайте заполненную заявку в: [Penn State Health Rehabilitation Hospital](#)