

## **Заявление на получение финансовой помощи от NYS Uniform Hospital**

Вы можете получить от больницы финансовую помощь для оплаты счетов, если: у вас нет страхового плана; вы исчерпали свое право на страховые выплаты; или у вас есть медицинский страховой полис и вы можете предоставить подтверждение оплаченных медицинских расходов на общую сумму, превышающую 10 % от вашего дохода. После заполнения этой формы начнется процесс рассмотрения вашего запроса на получение финансовой помощи от больницы. Данная форма используется во всех больницах штата Нью-Йорк.

*Заявление должно быть составлено на основных<sup>1</sup> языках, на которых говорят пациенты больницы.*

### **Имя и фамилия пациента (укажите всю необходимую информацию)**

|  |                              |                  |
|--|------------------------------|------------------|
| Полное имя пациента (имя, отчество, фамилия):  |                              |                  |
| Дата рождения (мм/дд/гггг):  |                              |                  |
| Адрес:   | Номер дома и (или) квартиры: |                  |
| Город:   | Штат:                        | Почтовый индекс: |
| Контактный номер телефона:   |                              |                  |
| Имя и фамилия родителя и (или) опекуна либо законного представителя (если пациент является несовершеннолетним ребенком или недееспособным взрослым): |                              |                  |
| Адрес электронной почты (при наличии):   |                              |                  |

### **Информация о семье**

Перечислите ниже всех членов своей семьи. К ним относитесь вы, ваш супруг (супруга) или сожитель (сожительница), а также дети либо другие иждивенцы. Например, в список членов семьи входят все лица, указанные в одной налоговой декларации.

Валовой доход — это ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (заработная плата, оклады, чаевые, доходы от предпринимательской деятельности), нетрудовых доходов (социальное обеспечение, пособия по нетрудоспособности или безработице), взносов (средства семьи либо друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход по социальному обеспечению).

| Имя и фамилия | Кем приходится пациенту | Общий валовой доход (текущий) |
|---------------|-------------------------|-------------------------------|
|               | Пациент                 |                               |
|               |                         |                               |
|               |                         |                               |
|               |                         |                               |
|               |                         |                               |

<sup>1</sup> «Основные языки» включают любой язык, который используется для коммуникации по крайней мере в 5 % посещений пациентов в год, или язык, на котором говорит более 1 % населения основной зоны обслуживания больницы. Информация указана на основе демографических данных Бюро переписи населения США (United States Bureau of the Census) и дополнена сведениями из школьных систем.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Администрация больницы может попросить вас предоставить документы, подтверждающие доход (например, квитанцию о начислении заработной платы, письмо от работодателя [если применимо] или форму 1040).

#### Статус медицинского страхования

Есть ли у вас медицинский страховой полис (например, Medicaid, Medicare или частный страховой полис, который вы получили от работодателя либо приобрели самостоятельно)?

☐ Да ☐ Нет

Если вы ответили «Нет», требуется ли вам помощь в подаче заявления на участие в одной из этих программ?

☐ Да ☐ Нет

**Недостаточно застрахованные пациенты — лица со страховым полисом и высокими медицинскими расходами.** Если у вас есть страховой полис, укажите приблизительную сумму по медицинским счетам, которую вы оплатили

\$

за последние 12 месяцев.

Администрация больницы может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

**Пациент и (или) ответственное лицо.** Если форму подписывает лицо, не являющееся пациентом, укажите его имя и фамилию, а также степень родства с пациентом (например, супруг [супруга], родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть проверена с помощью внешних источников. Я подтверждаю, что эта информация, насколько мне известно, является полной и достоверной.

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| Имя и фамилия (печатными буквами): | Дата: |
| Кем приходится пациенту:           |       |
| Подпись:                           |       |