

Только для служебного пользования
 Учреждение *Лонг-Айленд Коммьюнити*
(Long Island Community)

Счет № _____

Мед. карт. № _____

Только для служебного пользования
 Тип пациента _____

Сумма спис., дол. США _____

Метод расчета _____

**Заявление на получение
 финансовой помощи**
 (Приложение А)

I. Демографические данные пациента

Имя пациента: _____
 (Фамилия) (Имя) (Второе имя) (Ном.соц.страх.(SSN) – **НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО**) (Дата рожд.)

Имя поручителя: _____
 (Фамилия) (Имя) (Второе имя) (Ном.соц.страх.(SSN) – **НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО**) (Дата рожд.)

Адрес: _____
 (Улица) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Дом. тел.: _____ Раб. тел.: _____ Моб. тел.: _____

II. Информация о домохозяйстве

Сем.полож.пациента: <i>(Нужное обвести)</i>	Женат	Холост	Разведен	Общее количество членов семьи:
---	--------------	---------------	-----------------	---------------------------------------

Имя (имена) супруга(и) и иждивенца(ов): <i>(Прикрепите отдельный лист для дополнительных иждивенцев)</i>	Дата рождения	Ном. соц. страх. (SSN) (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

III. Информация о текущей занятости

Имя сотрудника (пациент, поручитель, супруг или иждивенец):	Название работодателя, адрес и период работы
	<i>Дата приема на работу:</i>
	<i>Дата приема на работу:</i>
	<i>Дата приема на работу:</i>

IV. Информация о страховании *(Прикрепите отдельные листы для дополнительной информации о страховании)*

Имеете ли вы медицинскую страховку или подаете ли вы заявление на ее получение (включая планы Medicaid и NY State of Health)?	ДА	НЕТ
Если да, предоставьте разъяснения: <i>(укажите название страховой компании, адрес, номер телефона, номер полиса/группы и информацию о страхуемом лице)</i>		

V. Дополнительная информация

Является ли лечение результатом несчастного случая или травмы?	ДА	НЕТ
Если да, укажите дату несчастного случая:		
Краткое описание несчастного случая:		
Улица, город и штат, где произошел несчастный случай:		
Будет ли задействовано страхование домашнего имущества или страхование ответственности за причинение вреда?		

ВЫ НЕ ОБЯЗАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НИКАКИХ ОПЛАТ В ПОЛЬЗУ БОЛЬНИЦЫ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА БОЛЬНИЦА НЕ ОТПРАВИТ ВАМ ПИСЬМО С РЕШЕНИЕМ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ

Заявление на получение финансовой помощи

(Приложение В)

VI. Отчет о финансовом положении

Введите суммарные показатели по пациенту, поручителю, супругу(е) и иждивенцам: (При необходимости прикрепите дополнительные листы)

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:	СУММА:
Валовая заработная плата, оклад, чаевые	\$
Социальное обеспечение	\$
Инвалидность	\$
Безработица	\$
Содержание ребенка	\$
Алименты/содержание	\$
Доход от аренды	\$
Доход от недвижимости	\$
Пенсия	\$
Дивиденды/проценты	\$
Другие доходы (укажите):	
	\$
	\$
	\$

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, в меру моих знаний, является достоверной и точной. Я понимаю, что недостоверная или вводящая в заблуждение информация лишит меня права на получение какой-либо финансовой помощи. Я предоставляю разрешение на разглашение любой информации, необходимой для проверки предоставленной информации, а также для выставления счетов и взыскания средств в соответствии с действующими федеральными законами и законами штата. Кроме того, я подаю заявление на получение любой помощи (Medicaid, Medicare, страховки и т.д.), которая может быть доступна для оплаты моих больничных расходов, и предприму любые действия, обоснованно необходимые для получения такой помощи, а также перечислю или оплачу больнице сумму, полученную на погашение больничных расходов.

Я понимаю, что данное заявление подается для того, чтобы больница могла определить мое право на получение финансовой помощи на основании установленных в больнице критериев.

Кроме того, я согласен предоставить дополнительную информацию по запросу для определения моего права на помощь. Я согласен информировать Больницу Лонг-Айленд Коммьюнити (Long Island Community Hospital) о любых изменениях в моих потребностях, правах на получение страховки, доходах, имуществе, условиях проживания или адресе по мере их возникновения.

Подпись заявителя: _____ Дата _____

Подпись интервьюера: _____ Дата _____

ВЫ НЕ ОБЯЗАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НИКАКИХ ОПЛАТ В ПОЛЬЗУ БОЛЬНИЦЫ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА БОЛЬНИЦА НЕ ОТПРАВИТ ВАМ ПИСЬМО С РЕШЕНИЕМ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ

Long Island Community Hospital

Заявление на получение финансовой помощи от Больницы Лонг-Айленд Коммьюнити (Long Island Community Hospital) прилагается:

ПРОЦЕСС ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ:

1. Полностью заполните прилагаемое заявление
2. Верните заполненное заявление в течение 30 дней по адресу:

Больница Лонг-Айленд Коммьюнити
(Long Island Community Hospital)
101 Хоспитал Роуд
Патчог, Нью-Йорк, 11772
Адресат: Офис по предоставлению финансовых консультаций

3. После получения всех документов ваш запрос будет рассмотрен, и в течение 30 дней вы получите письменное уведомление о принятом решении

ВАЖНО

- Данное заявление подается для получения финансовой помощи, которая предназначена для покрытия больничных расходов и не покрывает оплату услуг врачей или других специалистов
- Расходы на размещение в отдельной палате или на другие предметы личного пользования не покрываются Программой финансовой помощи
- Плановые процедуры для пациентов, покрываемые страховкой, не принимаемой в Больнице Лонг-Айленд Коммьюнити (Long Island Community Hospital), не покрываются Программой финансовой помощи

Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, обращайтесь к нам по телефону (631) 687-4653

С уважением;

Офис по предоставлению финансовых консультаций

ВЫ НЕ ОБЯЗАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НИКАКИХ ОПЛАТ В ПОЛЬЗУ БОЛЬНИЦЫ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА БОЛЬНИЦА НЕ ОТПРАВИТ ВАМ ПИСЬМО С РЕШЕНИЕМ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ