



Hebrew Rehabilitation Center

Заявление о предоставлении финансовой помощи

Информация о пациенте и его/ее семье (пожалуйста, используйте обратную сторону этого бланка, если Вам не хватает места)

Дата: _____

Имя, фамилия пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____

Материально ответственное лицо или лица

Родство материально ответственного лица или лиц по отношению к пациенту

- пациент
 мать/отец
 супруг/супруга
 взрослый ребенок
 брат/сестра
 прочее _____

Была ли у пациента медицинская страховка на момент оказания услуг

- Да
 Нет

Если да, приложите копию страховой карточки (лицевую и обратную сторону) и укажите следующую информацию:

Название страховой компании: _____

Номер полиса: _____

Номер группы: _____

Имя подписчика: _____

Перечислите членов семьи, включая пациента, супруга/супругу, родителей, детей, братьев и сестер, проживающих вместе с пациентом.

	Члены семьи	Возраст	Родство по отношению к пациенту
1			
2			
3			
4			



Hebrew Rehabilitation Center

Заявление о предоставлении финансовой помощи

Доход. Укажите ВСЕ доходы материально ответственных лиц, включая полную заработную плату (до вычета налогов), доход от аренды недвижимости, пособие по безработице, пособие по социальному обеспечению, пенсионный доход, пособие на ребенка, алименты и т. д.

Член семьи		Источник дохода или работодатель	Ежемесячный доход
1			
2			
3			

Пожалуйста, представьте **копию** справок о начислении заработной платы за два последовательных платежных периода, справки с указанием размера пособия (или документации о других доходах) или копию последней федеральной налоговой декларации.

Медицинские расходы. Если у Вас имеются медицинские расходы на других членов семьи, и Вы хотите, чтобы они были учтены при определении суммы, которую Вы сможете заплатить, пожалуйста, укажите эти расходы.

Оплата больничных услуг:

Название медицинского учреждения		Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся задолженность	Имя, фамилия пациента
1				
2				
3				

Оплата услуг врача:

Имя и фамилия врача или название его офиса		Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся задолженность	Имя, фамилия пациента
1				
2				
3				

Другие медицинские счета:

Название медицинского учреждения или имя врача		Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся задолженность	Имя, фамилия пациента
1				
2				
3				

Просьба представить **копии** всех отчетов, в которых указана сумма задолженности.



Hebrew Rehabilitation Center

Заявление о предоставлении финансовой помощи

Особые финансовые обстоятельства. Пожалуйста, заполните всю необходимую информацию.

Отсутствие работы:

Материально ответственное лицо является безработным

Дата последней работы: _____

Задолженность по оплате жилья:

Домашний адрес	Собственное или съемное жилье	Просроченная задолженность (арендная плата, основная сумма долга и проценты по ипотеке, налоги и страховка недвижимости)

Просьба представить **копии** текущих отчетов, в которых указана сумма просроченной задолженности.

Объясните любые другие особые финансовые обстоятельства, которые, по желанию материально ответственного лица, должны быть приняты во внимание при определении суммы, которую это лицо может позволить себе заплатить.

Укажите другие особые финансовые обстоятельства	Ежемесячная плата	Оставшаяся задолженность	Просроченная задолженность

Просьба представить **копии** любых дополнительных документов, подтверждающих особые финансовые обстоятельства, если Вы хотите, чтобы эти обстоятельства были учтены при определении суммы, которую Вы можете заплатить.

Другие материально ответственные лица. Просьба указать, существует ли другое лицо, не указанное выше, которое по закону является материально ответственным за оплату медицинских расходов пациента, например, опекун.

- Да, есть другое лицо, которое несет юридическую ответственность за медицинские расходы пациента.
- Нет другого лица, которое несет юридическую ответственность за медицинские расходы пациента.

Если да, укажите следующую информацию:

Имя и фамилия	Адрес	Отношение или степень родства

Hebrew Rehabilitation Center

Заявление о предоставлении финансовой помощи

Подтверждение отказа в предоставлении медицинской страховки. Просьба представить копии письменных отказов в предоставлении программы MassHealth (программа Medicaid штата Массачусетс) или программы Medicaid штата, в котором Вы проживаете.

Материально ответственное лицо признает, что оно обязано сообщать центру Hebrew Rehabilitation Center о любых изменениях в отношении медицинской страховки.

Не посылайте оригиналы документов. Посылайте только фотокопии. Оригиналы документов возвращены не будут.

Свидетельство: я подтверждаю моей подписью, что я внимательно прочитал(а) это заявление и вся указанная здесь информация, а также вся прилагаемая документация является, насколько мне это известно, подлинной и верной. **Я понимаю, что сознательное предоставление ложной информации для получения финансовой помощи является нарушением закона.**

Подпись материально ответственного лица или лиц: _____

Дата: _____

По любым вопросам, касающимся настоящего заявления или Программы финансовой помощи центра Hebrew Rehabilitation Center, обращайтесь к следующим лицам:

Координатор по взысканию задолженностей
Тел: 617-971-5824

Заполненное заявление должно быть доставлено по адресу:

**Hebrew Rehabilitation Center
1200 Centre Street
Boston, MA 02131
Attn: Collection Coordinator, Fiscal Services**