Заявка на получение финансовой помощи

Номер (-а) счета пациента

Укажите больницу (-ы), в которой проходили лечение

Фамилия пациента | Имя пациента | № социального страхования пациента | Дата рождения пациента

Фамилия поручителя (если отличается) | Имя | № социального страхования поручителя | Дата рождения

Домашний адрес поручителя | Номер домашнего телефона

Город | Штат | Почтовый индекс

Имя работодателя поручителя | Сфера деятельности поручителя/Отдел

Адрес работодателя поручителя | Телефон работодателя поручителя

Город | Штат | Почтовый индекс

Имя работодателя супруга (-и) | Сфера деятельности супруга (-и)/Отдел

Адрес работодателя супруга (-и) | Телефон работодателя супруга (-и)

Город | Штат | Почтовый индекс

Семья (включительно с заявителем)

Имя	Степень родства с пациентом Годовой доход		Дата рождения	Работодатель
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Заявка на получение помощи от Dignity Health в осуществлении оплаты (продолжение)

Чтобы определить, кто действительно соответствует критериям получения финансовой помощи, нам необходимо сначала получить указанную ниже информацию, свидетельствующую о финансовых трудностях. Пожалуйста, заполните заявку и отправьте ее со всеми перечисленными ниже документами. Если Вы не в состоянии предоставить один из документов, или есть другие факторы, которые могут повлиять на оценку, пожалуйста, отправьте письменное заявление, объясняющее Вашу ситуацию.

Необходимые документы:

1. Удостоверение личности — **один** из перечисленных ниже документов:
   - Копия карточки социального обеспечения
   - Копия водительского удостоверения государственного образца
   - Копия другого документа с фотографией

2. Подтверждение текущего адреса проживания — **один** из перечисленных ниже документов:
   - Квитанция об уплате аренды
   - Счет за коммунальные услуги

3. Отказ в праве участия в программе Medi-Cal или Medicaid в связи со штатом проживания.

4. Подтверждение дохода всех членов семьи* за последние 12 месяцев, предшествующих дате предоставления услуг компанией Dignity Health. Таким подтверждением может служить последняя декларация о подоходном налоге или справка о начислении заработной платы. В случае наличия собственного бизнеса добавьте к налоговой декларации Приложение C. Если вы не можете предоставить указанные документы, напишите отдельное объяснение по поводу вашего финансового положения за последние три месяца и отправьте его вместе с этой заявкой.

*Семья пациента состоит из:
   a) для лиц в возрасте 18 лет и старше — супруга, сожителя, согласно определению, приведенному в Разделе 297 Семейного кодекса, и зависимых детей в возрасте до 21 года, независимо от их места проживания.
   b) для лиц, не достигших 18-летнего возраста, — родителей, родственников-опекунов и других детей в возрасте до 21 года родителя или родственника-опекуна.

После того как мы завершим первоначальное ознакомление с предоставленными документами, для определения соответствия критериям могут понадобиться следующие документы:

Подтверждение наличия денежных средств — **все** из перечисленных ниже документов:

- Выписки по текущим счетам за последние 3 месяца
- Выписки по сберегательным счетам за последние 3 месяца
- Акции, облигации, и депозитные сертификаты

Подписывая данный документ, Вы даете свое согласие на рассмотрение своей кандидатуры для помощи в осуществлении оплаты. Кроме того, Вы подтверждаете, что все указанные в данной заявке данные являются подлинными и полными, насколько Вам известно. Если будет установлено, что предоставленная Вами информация является неполной или ложной, может быть отменена любая скидка по Вашему счету, и Вы должны будете осуществить оплату в полном объеме. Подписывая данный документ, Вы разрешаете клинике Dignity Health проверить сопутствующие документы и кредитную историю, чтобы оценить эту заявку для рассмотрения оказания финансовой помощи.

Если Вы получаете выплату от страховой компании, по плану компенсации работникам или от любой другой третьей стороны, Вы соглашаетесь проинформировать клинику о такой выплате. Клиника сохраняет за собой право требовать уплаты исходящей полной суммы за лечение в случае, если третья сторона предоставит Вам оплату услуг клиники.

_____ _____

Подпись лица, ответственного за счет (Поручителя) Дата

Отправьте заполненную заявку по адресу:

Dominican Hospital
1555 Soquel Drive
Santa Cruz, CA 95065