

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ UNIVERSITY HOSPITALS

**Если вы полагаете, что можете иметь право на получение финансовой помощи, заполните это заявление. Рассматриваются только полностью заполненные и подписанные заявления.**

**Если вы хотите задать вопрос или уточнить что-либо в связи с настоящим заявлением либо получить содействие в его заполнении, позвоните нам по номеру телефона (866) 771-7266 или посетите любое учреждение УН.**

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_ Дата оказания услуги: \_\_\_\_\_  
 Адрес: \_\_\_\_\_ Семейное положение: \_\_\_\_\_ Номер счета: \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Больничное учреждение, принявшее пациента: \_\_\_\_\_  
 Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Проживали ли вы постоянно в штате Огайо по состоянию на дату оказания услуги?  Да  Нет

Есть ли у вас полис медицинского страхования, покрывающий эти услуги?  Да  Нет *Если да, укажите необходимую информацию ниже и приложите копию карты медицинского страхования*

Название страховой компании: \_\_\_\_\_ Номер полиса \_\_\_\_\_ Номер группы: \_\_\_\_\_

Имеете ли вы право на страхование по плану COBRA?  Да  Нет

Застрахованы ли вы по программе Medicaid?  Да  Нет *Если да, укажите номер счета \_\_\_\_\_ и приложите копию карты Medicaid*

Есть ли у вас  соглашение о возмещении расходов на медицинское обслуживание  сберегательный счет для оплаты медицинских расходов

гибкий план оплаты медицинских расходов

**Перечислите ниже всех членов вашей семьи. К ним относятся родители, супруги (вне зависимости от того, проживают ли они совместно с вами) и дети (родные или приемные) в возрасте до 18 лет, проживающие совместно с пациентом. Приложите копии документов, подтверждающих доход (справки о начислении заработной платы, решения о предоставлении социальных пособий, документы о компенсации вреда здоровью работника, налоговые декларации), или позвоните финансовому консультанту УН и обсудите с ним, какие иные свидетельства можно представить в обоснование вашего права.**

Члены семьи пациента	Возраст	Степень родства с пациентом	Источник дохода или наименование работодателя	Доход за 3 месяца до даты оказания услуги	Доход за 12 месяцев до даты оказания услуги
Пациент -		сам			
2.					
3.					
4.					
5.					

**Если выше вы указали доход в размере 0,00 долларов, поясните кратко, на какие средства вы (или пациент) жили в течение заявленного периода.**

**Мне также выставили счета от следующих учреждений УН: CMC || ANUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF**

Ставя ниже свою подпись, я заявляю, что, насколько мне это известно и представляется верным, ответы на вопросы настоящей формы заявления соответствуют действительности. Я понимаю, что предоставление заведомо ложных сведений с целью получить государственное пособие является нарушением закона. Я также понимаю, что другие лица могут полагаться на указанную мной в настоящем заявлении информацию. Настоящим я разрешаю им совершать соответствующие действия.

Подпись ответственного лица: X \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись представителя УН: X \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## РАСХОДЫ НА УСЛУГИ, НЕОБХОДИМЫЕ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ, ПОНЕСЕННЫЕ В ПРЕДЫДУЩЕМ КАЛЕНДАРНОМ ГОДУ

Настоящая форма предназначена для указания сведений о самостоятельно оплаченных расходах на услуги, необходимые по медицинским показаниям, с целью определить, имеете ли вы право на дополнительную финансовую помощь по оплате счетов в соответствии с Политикой финансовой помощи УН.

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОН ЗАСТРАХОВАН И ЖЕЛАЕТ ПОЛУЧИТЬ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ИЛИ НЕ ЗАСТРАХОВАН И ЕГО ДОХОД ПРЕВЫШАЕТ 250 % ОТ ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ**

Укажите все услуги больниц, врачей и аптек, за предоставление которых вы понесли материальную ответственность за предыдущий календарный год. Обратите внимание, что по всем расходам необходимо пояснить, покрываются ли они страхованием.

<u>КЕМ ОКАЗАНА УСЛУГА</u>	<u>ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ</u>	<u>ПОДЛЕЖИТ УПЛАТЕ ПАЦИЕНТОМ</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

ОБЩАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЗА ДАННЫЙ КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД \_\_\_\_\_

У вас есть вопросы о том, как заполнить настоящее заявление? Позвоните нам по номеру телефона (866) 771-7266

Отправьте заполненное заявление в University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Centre Road, Shaker Heights, OH 44122.

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_