

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОКАЗАНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ГОСПИТАЛЕМ PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ

Для получения права на специальное финансовое возмещение пациент обязан заполнить эту форму и, приложив все необходимые документы, предоставить в хирургический госпиталь **Physicians Care Surgical Hospital**. Предоставленные пациентом сведения будут проверены для вынесения своевременного решения. В госпиталь необходимо предоставить следующие документы:

- Данное заявление, заполненное и подписанное;
- Подписанные копии декларации по федеральному подоходному налогу за предыдущий год;
- Копии квитанций о начислении заработной платы за 2 предшествующих месяца;
- Копии последних счетов за коммунальные услуги, квитанций об оплате аренды/ипотеки, счетов за медицинское обслуживание, квитанций об оплате автомобильного кредита, справок о состоянии банковских счетов, квитанций о получении алиментов/пособий на ребенка, квитанций о получении государственной помощи, справок об иных доходах/инвестициях (например, пенсионный план 401К).

СВЕДЕНИЯ ОБ ЗАЯВИТЕЛЕ

Заявитель	_____	Семейное положение	_____
Адрес	_____	Штат	Индекс
Номер соц. обеспечения	_____	Дата рождения	Телефон
Место работы	Должность	Телефон	Дата трудоустройства
Адрес	Город	Штат	Индекс
Супруг (супруга)	_____	Дата рождения	Номер соц. обеспечения
Работодатель супруга (супруги)	Должность	Телефон	Дата трудоустройства
Количество детей, проживающих с вами	_____	Возраст	_____

СВЕДЕНИЯ О ЕЖЕМЕСЯЧНОМ ДОХОДЕ

Пожалуйста, предоставьте документы, подтверждающие доход: формы W-2, справки о подоходном налоге, корешки чеков или чековые справки. Лицам, занятым в собственном бизнесе, может быть необходимо предоставить финансовый отчет.

	Заявитель	Супруг (супруга)
Заработная плата до удержаний	_____	_____
Алименты/пособия на ребенка	_____	_____
Пособия по нетрудоспособности/пособия работающим	_____	_____
Пенсия	_____	_____
Дополнительный гарантированный доход (SSI)	_____	_____
Доход от дивидендов/процентный доход	_____	_____
Доход от аренды	_____	_____
Доход от участия в имущественном фонде	_____	_____
Государственные пособия	_____	_____
Продовольственные талоны	_____	_____
Иное (укажите)	_____	_____
За вычетом федеральных налогов/налогов, взимаемых властями штата	_____	_____
За вычетом иных удержаний	_____	_____
Совокупный месячный доход	\$ _____	\$ _____

Если вам необходима помощь в заполнении данного заявления, обращайтесь в отдел выставления счетов по номеру 610-495-3330. За личной консультацией сотрудника финансового отдела обращайтесь в регистратуру хирургического госпиталя Physicians Care Surgical Hospital по адресу: 454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468.

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОКАЗАНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ГОСПИТАЛЕМ PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

СВЕДЕНИЯ О ФИНАНСАХ

ИМУЩЕСТВО	СТОИМОСТЬ	Инвестиции	СТОИМОСТЬ
Наличные/чеки	_____	_____	_____
Сбережения	_____	Страхование жизни	_____
Ценные бумаги	_____	Иное	_____

ВСЕ НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО И ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА

	СТОИМОСТЬ	ОСТАТОК	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ
Жилье аренда/собственность (нужное обвести)	_____	_____	_____
Иное имущество	_____	_____	_____
Автомобиль 1	Марка _____ Модель _____ Год выпуска _____	_____	_____
Автомобиль 2	Марка _____ Модель _____ Год выпуска _____	_____	_____
Автомобиль 3	Марка _____ Модель _____ Год выпуска _____	_____	_____

РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

НАИМЕНОВАНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	ОСТАТОК	ОПЛАТА ПО СТРАХОВКЕ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

УКАЖИТЕ ВСЕХ ИНЫХ КРЕДИТОРОВ

(Кредитные карты, заказы по почте и т.п. – при необходимости приложите перечень на отдельном листе)

НАИМЕНОВАНИЕ КРЕДИТОРА	ТИП ЗАЙМА	ОСТАТОК	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Арендуемые бытовые приборы или мебель: _____

Вы когда-либо ранее подавали заявление о неплатежеспособности? Да Нет Укажите дату _____

Если вам необходима помощь в заполнении данного заявления, обращайтесь в отдел выставления счетов по номеру 610-495-3330. За личной консультацией сотрудника финансового отдела обращайтесь в регистратуру хирургического госпиталя Physicians Care Surgical Hospital по адресу: 454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468.

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОКАЗАНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ГОСПИТАЛЕМ PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

ПРОЧИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ

ВИД РАСХОДОВ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ	ВИД РАСХОДОВ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ
Питание	_____	Автострахование	_____
Телефон	_____	Кабельное телевидение	_____
Электричество/газ/ водоснабжение/канализация	_____	Медицинское страхование	_____
Взносы	_____	Отдых и развлечения	_____
Иное (указать)	_____	Иное (указать)	_____

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК...

ФИНАНСОВЫЙ ИТОГ ЗА МЕСЯЦ

Итого доходов:	_____
Промежуточный итог:	_____
Недвижимость	_____
Автомобили	\$ _____
Ежемесячные медицинские расходы	\$ _____
Выплаты кредиторам и по кредитам	\$ _____
Прочие ежемесячные расходы	\$ _____
Итого расходов:	_____

ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТА

Ответьте на следующие вопросы – при необходимости используйте дополнительные листы бумаги

Вы когда-либо получали отказ на ваше заявление о предоставлении медицинского страхования по программе Medicaid или были признаны не соответствующим критериям для участия в данной программе? Да Нет (нужное обвести)

Вы когда-либо обращались за финансовой помощью для вашей семьи? Да Нет (нужное обвести)

Вы когда-либо обращались за помощью в ваш приход или церковь? Да Нет (нужное обвести)

Какую сумму вы способны оплачивать ежемесячно? _____

КОММЕНТАРИИ: _____

Настоящим я подтверждаю, что сведения, предоставленные мною, являются полными и достоверными. Я разрешаю хирургическому госпиталю Physicians Care Surgical Hospital проверить предоставленные мною сведения, включая обращение в бюро кредитных историй; я осознаю, что в случае, если какие-либо из предоставленных мною сведений будут признаны дезинформирующими или недостоверными, мне может быть отказано в праве на получение специального финансового возмещения и я буду обязан(а) оплатить любые и все расходы, понесенные в связи с предоставлением соответствующих услуг.

X _____

Дата: _____

Подпись заявителя

Если вам необходима помощь в заполнении данного заявления, обращайтесь в отдел выставления счетов по номеру 610-495-3330. За личной консультацией сотрудника финансового отдела обращайтесь в регистратуру хирургического госпиталя Physicians Care Surgical Hospital по адресу: 454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468.