Dignity Health
Saint Francis Memorial Hospital

Заявление для получения материальной помощи

Номер счета пациента

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

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

Домашний адрес поручителя | ( ) Номер домашнего телефона поручителя

Город | Штат | Индекс

Работодатель поручителя | Долл. США Годовой доход поручителя | Должность /Отдел поручителя

Адрес работодателя поручителя | ( ) Телефон работодателя поручителя

Город | Штат | Индекс

Работодатель супруга/супруги | Долл. США Годовой доход супруга/супруги | Должность /Отдел супруга/супруги

Адрес работодателя супруга/супруги | ( ) Телефон работодателя супруга/супруги

Город | Штат | Индекс

Семья

Имя	Дата рождения	Работодатель	Телефон работодателя
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

Dignity Health
Saint Francis Memorial Hospital

Dignity Health Заявление для получения материальной помощи (Продолжение)

Пожалуйста, заполните все столбцы данной таблицы (насколько это возможно):

Анализ доходов	
В целях определения возможности Вашего участия в Программе получения материальной помощи Dignity Health, просим предоставить информацию о Вашем годовом доходе до вычета налогов.	
Доход с места работы	долл. США
Доход с места работы супруга/супруги	долл. США
Доход от коммерческой деятельности	долл. США
Доход от ренты	долл. США
Процентный/Дивидендный доход	долл. США
Доход от отчислений в фонд социального страхования	долл. США
Алименты или вспомогательные выплаты	долл. США
Другие доходы	долл. США
Общий доход	**долл. США**

Анализ денежных средств, отвечающих установленным требованиям	
Пожалуйста, не указывайте счета, не облагаемые налогом или счета с отсроченным получением сумм, такие как сберегательные счета 401K, 403B и индивидуальный пенсионный счет IRA.	
Текущий счет(а)	долл. США
Сберегательный счет(а)	долл. США
Акции, облигации и депозитные сертификаты	долл. США
Другое:	долл. США
Другое:	долл. США
Другое:	долл. США
Другое:	долл. США
Другое:	долл. США
Общие денежные средства, отвечающие установленным требованиям	**долл. США**

Для того чтобы определить тех лиц, которые действительно нуждаются в финансовой помощи, мы требуем предоставить информацию, служащую доказательством бедственного финансового положения. Пожалуйста, заполните данное заявление и приложите к нему все нижеперечисленные справки. Если у Вас нет возможности предоставить какую-либо из справок, или существуют дополнительные факторы, которые могут повлиять на оценку, пожалуйста, приложите письменное объяснение вашей ситуации.

1) **Удостоверение личности** – одно из:
   - Копия карточки социального обеспечения
   - Копия выданных штатом водительских прав
   - Другой документ, удостоверяющий личность, с фотографией
2) **Доказательство наличия денежных средств** – все нижеперечисленные (если применимо):
   - Выписка с текущего и сберегательного счетов за последние три месяца
   - Документальное подтверждение наличия акций, облигаций и депозитных сертификатов
3) **Подтверждение настоящего адреса** – одно из:
   - Квитанция об оплате арендной платы или счет за коммунальные услуги
4) **Копия выданных штатом страховок Medicaid/Medi-Cal/решение AHCCCS /извещение об отказе (если применимо)**
5) **Доказательство получения дохода:**
   - Если трудоустроены, приложите копию налоговой декларации за прошлый год и форму W-2 (справка о заработной плате, выданная вашим работодателем), и корешки чеков за каждый из предыдущих трех месяцев.
   - Если получаете государственное денежное пособие, приложите копии чеков выдачи пособия за каждый из трех прошедших месяцев, либо письмо о присуждении пособия (т.е. по инвалидности, квитанция о получении пособия по безработице, страховые пособия).
   - Если заработную плату выплачивают наличными, приложите письменное свидетельство от работодателя, указывающее Ваш месячный заработок за предыдущие три месяца.
   - Если работаете не по найму, приложите Таблицу С налоговой декларации за прошлый год *и* квартальный бухгалтерский отчет с письменным заключением, указывающим общий доход за последние три месяца.

Dignity Health
Saint Francis Memorial Hospital

- Если не получаете постоянного дохода, на отдельном листе опишите свое финансовое положение за три последних месяца. Объясните, откуда берете деньги для оплаты таких основных расходов на проживание, как еда и жилье.
- Если зависите от финансовой помощи кого-либо, приложите «письмо о финансовой помощи» (Letter of financial support).

Поставив ниже свою подпись, Вы тем самым выражаете свое желание получить материальную помощь. Кроме того, Вы подтверждаете, что, насколько Вам известно, все вышеперечисленные утверждения являются верными и полными. В случае если будет обнаружено, что предоставленная Вами информация является неполной или недостоверной, то любые скидки по счетам могут быть отменены, и вам может понадобиться произвести полную оплату. Поставив ниже свою подпись, Вы уполномочиваете Catholic Healthcare West проверить эти сведения и кредитную историю с целью оценки данного заявления для предоставления материальной помощи.

Если Вы получаете выплаты от страховой компании, по схеме выплат компенсаций работникам или от любых других третьих сторон, данным Вы соглашаетесь сообщать об этих выплатах в больницу. Больница оставляет за собой право получать первоначальные, полные платежи по выставленным счетам в том случае, если третья сторона оплатила услуги, оказанные Вам больницей.

_____ _____

Подпись лица, ответственного за документ (Поручитель) Дата