

ФОРМА ИНФОРМАЦИИ О ФИНАНСОВЫХ ТРУДНОСТЯХ

(На основе годового ВАЛОВОГО дохода домохозяйства и иждивенцев)

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____

 Фамилия Имя

Супруг(а)/партнер: _____

 Фамилия Имя

Адрес пациента: _____

 Почтовый адрес

 Город Штат Индекс

Годовой ВАЛОВЫЙ доход домохозяйства \$ _____ Количество членов домохозяйства (пациент, супруг(а)/партнер пациента и иждивенцы) _____
 Взрослые: _____
 Несовершеннолетние: _____

Программа страхования: _____

Франшиза пациента/доплата/совместное страхование: _____

Связано ли лечение с WC, MVA или иском об ответственности? Да Нет

Если да, то есть ли у вас адвокат? Да Нет

Имя и фамилия адвоката: _____ Телефон: _____

для ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ВМЕСТЕ С ЗАЯВКОЙ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ ДОКУМЕНТЫ О ДОХОДЕ. ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ О ДОХОДЕ – ЭТО САМАЯ ПОСЛЕДНЯЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ НАЛОГУ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА для ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ВКЛЮЧАЯ, СРЕДИ ПРОЧЕГО: 3 САМЫЕ ПОСЛЕДНИЕ КВИТАНЦИИ О ЗАРПЛАТЕ, ВЫПИСКИ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ, ВЫПЛАТЫ ПО ИНВАЛИДНОСТИ ИЛИ ПЕНСИОННЫЕ ВЫПЛАТЫ и Т.Д. ЕСЛИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПОДАЧА ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ, ПАЦИЕНТЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ в ПРОГРАММЕ MEDICARE, МОГУТ ПРЕДСТАВИТЬ КОПИИ ВЫПИСКИ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗА ТЕКУЩИЙ ГОД, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОЛУЧЕННЫЕ ВАЛОВЫЕ СУММЫ ЗА КАЖДЫЙ МЕСЯЦ. для ПОМОЩИ в ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ МОЖЕТ ЗАПРАШИВАТЬСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.

Я, нижеподписавшийся(-ая), подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной. Я понимаю, что если я предоставлю ложную или неточную информацию, то меня исключат из подачи заявки или участия в программе для лиц, испытывающих финансовые трудности, на срок не менее одного года по усмотрению Select Medical. Я также понимаю, что сумма освобождения от оплаты может измениться, если будет определено, что дополнительная информация повлияет на финансовые трудности.

Подпись родителя / опекуна _____ Имя печатными буквами: _____ Дата _____

Подпись свидетеля _____ Имя печатными буквами: _____ Дата _____

Сумма освобождения от оплаты на основе финансовых трудностей (заполняется СВО) _____ %

Подпись руководителя службы поддержки клиентов СВО _____ Имя печатными буквами: _____ Дата _____

Подпись менеджера по обслуживанию клиентов СВО _____ Имя печатными буквами: _____ Дата _____

Центр _____ Номер счета пациента _____ База данных _____