

## 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 \_\_\_\_\_