

**Порядок заполнения бланка заявления о финансовой поддержке**

Поле	Примечание
Имя пациента	Имя пациента (пишите печатными буквами)
Дата рождения	Дата рождения пациента
Адрес	Текущий адрес пациента (пишите печатными буквами)
Номер истории болезни	Только для использования в офисе
Являлся ли пациент жителем Огайо?	Ответьте «да» или «нет». Жителем Огайо считается лицо, проживающее в Огайо добровольно на время предоставления услуг больницы, не получающем общественной поддержки в другом штате и не приехавшим в Огайо исключительно для получения медицинских услуг
Имел ли пациент медицинскую страховку во время предоставления услуги?	Ответьте «да» или «нет». Если вы ответили «да», приложите копию вашей страховой карточки
Являлся ли пациент активным получателем медицинской помощи по программе Medicaid во время предоставления услуги?	Ответьте «да» или «нет». Если вы ответили «да», приложите копию вашей карточки Medicaid
Дата предоставления услуг больницы	Дата (или дата приема) появления пациента в больнице
Родственники	Перечислите имена всех ближайших родственников, ВКЛЮЧАЯ себя (пациент), супругу(а) пациента (проживающей(его) совместно или нет), детей пациента, не достигших 18 лет (биологических или приемных), проживающих совместно с пациентом. Если пациент является несовершеннолетним(ей), в заявлении необходимо указать обоих биологических родителей, даже если они не проживают совместно с пациентом.
Дата рождения	Дата рождения каждого родственника.
Родственное отношение к пациенту	Укажите, кем данное лицо приводится пациенту. Пример: Пациент (я), супруг(а), ребенок (биологический или приемный) или родитель (если пациент является несовершеннолетним(ей))
Общий доход, полученный в течение трех (3) месяцев ДО даты предоставления услуги	Укажите ВАЛОВОЙ доход каждого лица, полученный в течение 90 дней до даты получения услуги. Если в течение 90 дней до даты получения услуги доходов не было, укажите 0. <i>Пример: Если дата предоставления услуги — 01.04.12, то укажите, какой доход получен в период с 01.01.12 по 31.03.12</i>
Общий доход, полученный в течение двенадцати (12) месяцев ДО даты предоставления услуги	Укажите ВАЛОВОЙ доход каждого лица, полученный в течение 12 месяцев до даты получения услуги. Если в течение 12 месяцев до даты получения услуги доходов не было, укажите 0. <i>Пример: Если дата предоставления услуги — 01.04.12, то укажите, какой доход получен в период с 01.04.2011 по 31.03.12</i>
Источник дохода	Укажите имя нанимателя или другого источника дохода для данного лица. Это включает пособия по безработице, социальное обеспечение, пособия для ветеранов, пенсии и т. п.
Начало / дата приема на работу	Укажите начало работы или дату приема на работу, дату начала получения пособий, таких как пособие по безработице, социальное обеспечение, пособие по выходу на пенсию и т. п.
При указании дохода 0 долларов приложите краткое объяснение, как вы выживали в финансовом плане.	Объяснение должно охватывать поддержку в течение 3 и 12 месяцев до даты предоставления услуги. Если вы получали поддержку от кого-либо, попросите этого человека предоставить вам письмо с указанием периода и типа предоставленной поддержки (например, питание, приют и т. п.). Попросите также этого человека подписать письмо и поставить дату.
Подпись заявителя	Заявление должно быть подписано пациентом, его супругой(ом), родителем (если пациент является несовершеннолетним(ей)) или законным представителем (приложите копию полномочий).
Дата	Дата заявления должна соответствовать дате его заполнения.
Родственное отношение к пациенту	Укажите родственное отношение лица, подписавшего заявление (если это не пациент).
Телефон	Номер телефона пациента (с указанием кода региона)

Прикрепите копии подтверждения дохода за 3 и 12 месяцев ДО даты предоставления услуги. (Не присылайте оригиналы, поскольку они не возвращаются.)

Примечание: в верхней части всех документов, присланных вместе с заявлением, должен быть указан номер счета.

Заявление должно быть подписано и датировано не ранее, чем за 7 дней до даты предоставления услуги.

