

Если вы желаете подать заявление на участие в программе финансовой поддержки, полностью заполните приведенный ниже бланк и отправьте его в Медицинский центр имени Векснера Университета штата Огайо (OSU Wexner Medical Center).

Вы не можете получить финансовую поддержку, если приехали в штат Огайо исключительно в целях получения медицинской помощи.

Если вам требуется дополнительная поддержка в оплате вашего счета из Медицинского центра имени Векснера Университета штата Огайо, позвоните по телефону 614-293-2100.

Имя пациента _____ Дата документа: _____
 Адрес: _____
 Дата рождения _____ Номер истории болезни (только для использования в офисе): _____

1) Являлся ли пациент жителем Огайо во время предоставления услуги?Да _____ Нет _____
 2) Имел ли пациент медицинскую страховку во время предоставления услуги?Да _____ Нет _____
 3) Являлся ли пациент активным получателем медицинской помощи по программе Medicaid во время предоставления услуги?Да _____ Нет _____

Если вы ответили **да** на вопрос 2 или 3, приложите копию вашей страховой карточки или карточки Medicaid к этому заявлению.

Дата предоставления услуг больницы: _____

Предоставьте следующую информацию о всех членах вашей семьи.

Для целей HCAP, под «семьей» понимается пациент, его супруг(а) (проживающий(ая) совместно или нет) и все дети пациента в возрасте до 18 (биологические или приемные), проживающие совместно с пациентом. (при необходимости добавьте страницы)

** Если пациент является несовершеннолетним(ей), необходимо указать обоих биологических родителей, даже если они не проживают совместно с пациентом.

Имя	Дата рождения	Родственное отношение к пациенту	Общий доход, полученный в течение трех (3) месяцев ДО даты предоставления услуги	Общий доход, полученный в течение двенадцати (12) месяцев ДО даты предоставления услуги	Источник дохода (Работа, пенсия, социальное обеспечение, пособие по безработице и т. п.)	Начало / дата поступления на работу
		пациент	долларов	долларов		
			долларов	долларов		
			долларов	долларов		
			долларов	долларов		
			долларов	долларов		

Проверьте тип приложенного подтверждения дохода: Подтверждение дохода должно включать периоды 3 и 12 месяцев ДО даты предоставления услуги. (присылайте копии — оригиналы не возвращаются)

- Письмо от работодателя с указанием полученного валового дохода
- Копии квитанций о начислении заработной платы
- Письмо о начислении пособия социального обеспечения / пенсии / пособия по инвалидности
- Подтверждение пособия по безработице
- Подтверждение **любого** полученного дохода

При указании **дохода 0 долларов** приложите краткое объяснение, как вы выживали в финансовом плане в течение 3 и 12 месяцев до даты предоставления услуги. Если вы получаете поддержку от кого-либо, попросите этого человека предоставить вам письмо с указанием периода и типа предоставленной поддержки.

Если доход вашей семьи превышает федеральный уровень бедности, мы рассмотрим ваш счет на возможность включения в дополнительные программы поддержки. Данное изучение может включать получение информации из вашей кредитной истории.

Подписываясь ниже, я заявляю об истинности изложенного в этом заявлении и приложениях к нему.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Родственное отношение к пациенту (если не пациент) _____ (_____) _____
 Номер телефона пациента _____

Комментарии (только для использования в офисе): _____

Отправьте этот бланк с подтверждением дохода по адресу:
 OSU Wexner Medical Center (Медицинский центр имени Векснера Университета штата Огайо)
 Financial Assistance Department (Отдел финансовой поддержки)
 PO Box 183107
 Columbus, OH 43218-3107
 Номер факса: 614-293-2260
 Эл. почта: financialassistance@osumc.edu