

Уважаемый заявитель!

Если оплата затрат на лечение приведет к финансовым тяготам, просим заполнить это заявление. Это заявление поможет нам определить возможность снизить затраты на оплату услуг, оказанных в Dartmouth- Hitchcock. Просим ответить на все вопросы, относящиеся к вам и вашему домохозяйству. Вся предоставленная информация является конфиденциальной и рассматривается исключительно персоналом, обрабатывающим ваше заявление.

Если у вас есть страховка, у вас может быть право претендовать на получение финансовой помощи у других организаций - участников сети NH Health Access Network. NH Health Access Network представляет собой сеть больниц и других учреждений здравоохранения, которые стараются сделать здравоохранение более доступным для детей и взрослых, проживающих в штате Нью-Гэмпшир и не имеющих достаточного страхования.

До предоставления какой-либо финансовой помощи вы должны исчерпать все остальные источники оплаты, в том числе страхование, государственную помощь, судебные иски и ответственность третьих сторон. Заполните приведенный ниже контрольный перечень, чтобы убедиться, что предоставили всю необходимую информацию.

1. Полная копия федеральной налоговой декларации со всеми приложениями.
2. Копии всех последних форм W-2.
3. Копии 3 (трех) последних корешков чеков заработной платы или справка от работодателя (работодателей)
4. Копии 3 (трех) последних выписок с банковских счетов (сберегательных, расчетных, краткосрочных ценных бумаг, индивидуальных пенсионных счетов, планов 401К и т.д.)
5. Копии квитанций о выплатах пособия по безработице и пособия по инвалидности
6. Копии документов, подтверждающих социальные пособия и (или) пенсии
7. Копия документа о предоставлении талонов на продукты питания (Food Stamp)
8. Копии источников дивидендов, трастовых фондов и декларации о налогах на имущество
9. Копии уведомлений о государственной помощи (включая Department of Health & Human Services)

Вы можете получить индивидуальную помощь по заполнению этой анкеты в следующих местах:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756  (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street  Concord, NH 03301  (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way  Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive  Nashua, NH 03063  (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street  Keene, NH 03431 (603) 354-5454 доб: 4444
---	--	---	---	--

Вы несете финансовую ответственность за все оказываемые вам услуги до получения заполненного заявления. Если вы не получили ответа в течение 30 дней после подачи заявления, или же вам требуется помощь с заполнением заявления, просим позвонить в нашу службу консультации пациентов по телефону (844) 647-6436.

Рабочее время 9:00 - 16:30, понедельник - пятница.

Заполненные заявления направляются по указанному ниже адресу

Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
 Attn: PFS - Level 3 - NSA  
 One Medical Center Drive  
 Lebanon, NH 03756-0001  
 Факс : (603) 650-6142

## Заявление о финансовой помощи

### 1. Данные пациента:

Фамилия Имя	Инициал	Номер соц. страхования	Дата рождения
Адрес	Город	Штат, индекс Срок проживания по адресу	
Почтовый адрес	Город	Штат, индекс	
Домашний телефон	Рабочий телефон	<input type="checkbox"/> холост/незамужем <input type="checkbox"/> женат <input type="checkbox"/> гражданский брак <input type="checkbox"/> Отдельное проживание <input type="checkbox"/> Разведен/а <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Residente de New Hampshire	

### 2. Лицо, отвечающее за оплату счета

Фамилия Имя	Инициал	Родство с пациентом	Номер соц. страхования
Адрес, если другой чем у пациента		Домашний телефон	Рабочий телефон
Название страховой компании		Дата действия	

### 3. \*\* Просим указать ВСЕХ проживающих совместно, включая заявителя:

При необходимости приложить дополнительный лист

ИМЯ	РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ	Да/Нет
1	<b>Самостоятельно</b>			
2				
3				
4				
5				
6				

### 4. Это заявление относится к планируемым или уже оказанным услугам?

Планируемые    Оказанные Дата(даты) услуг: \_\_\_\_\_

### 5. Просим заполнить, если у кого-то из проживающих с вами есть страховка:

Медицинская страховка (план/название) \_\_\_\_\_, Сберегательный счет на здравоохранение (обвести) - Да Нет Кто: \_\_\_\_\_

Полис №/Код № \_\_\_\_\_ Сумма личного участия: \_\_\_\_\_

Medicare, часть А \_\_\_\_\_, Medicare, часть В \_\_\_\_\_ Получает пособие по оплате Medicare, часть В \_\_\_\_\_ Кто: \_\_\_\_\_

### 6. Кто-либо из проживающих с вами подавал заявление на Medicaid? Да Нет

Кто: \_\_\_\_\_ Если ответ «да», и получен отказ - приложить копию отказа от Medicaid.

7. Вы обращались за финансовой помощью в другом учреждении?  Да  Нет Если да - где: \_\_\_\_\_

8. В вашем доме есть беременные?  Да  Нет

9. Кто-либо из проживающих с вами служил в армии?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

10. Подавали ли вы в недавнее время претензию по выплате компенсации рабочим или в связи с дорожно-транспортным происшествием?  Да  Нет Дата: \_\_\_\_\_

11. Кто-либо из проживающих с вами имеет право на пособия Social Security?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

12. Кто-нибудь указывает вас в своей налоговой декларации?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

**13. ДАННЫЕ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ****ЛИЦО 1****ЛИЦО 2****ЛИЦО 3**

\* ИМЕНА всех совместно проживающих лиц: \_\_\_\_\_

Название работодателя: \_\_\_\_\_

**Общий месячный доход из следующих источников:**

Постоянная работа:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Самостоятельная занятость:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Инвестиционные счета:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Аренда недвижимости:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице: (с ___/___/___)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пенсия:	\$ _____		
(соц. страхование, пенсия, страховая рента)			
Алименты/алименты на ребенка:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Государственная помощь, талоны на еду:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочие доходы:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Сбережения и инвестиции:**

Балансы на расчетных счетах	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Балансы на сбер. и срочн. вкладах	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Инд. пенсионные счета, 403В, 401К:			
Указать: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочие сбережения и инвестиции:			
Указать: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Другое:**

Автомобиль:                      Год, марка, модель? \_\_\_\_\_

Жилой фургон (RV):      Год, марка, модель? \_\_\_\_\_

**14. ЗАТРАТЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА**

Ежемесячная арендная плата: \$ \_\_\_\_\_ или ипотечный платеж: \$ \_\_\_\_\_ Остаток по ипотеке: \$ \_\_\_\_\_

Сумма налога на имущество, не включенная в сумму платежа выше: \$ \_\_\_\_\_ Стоимость дома: \$ \_\_\_\_\_

У вас есть недвижимость, помимо основного жилья?  Да  Нет      Если да, стоимость \$ \_\_\_\_\_ Остаток по ипотеке: \$ \_\_\_\_\_

Если другая собственность - бизнес, указать адрес: \_\_\_\_\_

Ежемесячная плата по кредиту: \$ \_\_\_\_\_ Получатель: \_\_\_\_\_ За: \_\_\_\_\_

Medicare, часть D, вычитается из чека Social Security:       Да  Нет      Сумма: \$ \_\_\_\_\_

Коммунальные услуги      \$ \_\_\_\_\_      Страховка (авто/жизнь/имущество)      \$ \_\_\_\_\_      Другое: \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_

Алименты/алименты на ребенка      \$ \_\_\_\_\_      Плата за страхование      \$ \_\_\_\_\_      Другое: \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_

Уход за ребенком      \$ \_\_\_\_\_      Счета за лечение      \$ \_\_\_\_\_      Другое: \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_

Проживание (бензин, продукты, одежда) \$ \_\_\_\_\_      Лекарства      \$ \_\_\_\_\_      Другое: \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_

**15. ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ Ч      *итайте внимательно***

Я, нижеподписавшийся, даю разрешение запросить мой кредитный отчет и (или) налоговую декларацию. Я понимаю, что налоговая декларация необходима для рассмотрения настоящего заявления, и что может потребоваться дополнительная информация, прежде чем будет определено мое соответствие требованиям. В случае, если я предоставил неполную или неточную информацию о своих доходах или имуществе, любые соглашения о предоставлении скидки на благотворительное обслуживание аннулируются, причем аннулирование имеет обратную силу вплоть до даты, когда счета подлежали оплате. На меня могут налагаться обязательства по оплате всех без исключения судебных издержек, связанных с процессом взыскания.

Все взрослые лица, проживающие совместно со мной, разрешают передачу всей медицинской, финансовой и трудовой информации, непосредственно относящейся к их лечению или их праве претендовать на получение финансовой помощи. Эта информация может передаваться в любые учреждения здравоохранения, куда совместно проживающие лица обращались за медицинским обслуживанием или финансовой помощью. Вся предоставленная информация остается конфиденциальной согласно положениям федеральных нормативов HIPAA. Дополнительные процедуры при обращении за помощью не рассматриваются.

Я обязуюсь полностью выплатить всю сумму финансовой помощи, если получу оплату какого-либо рода за медицинские услуги, покрываемые в настоящем заявлении, например, выплату по страховке, выплаты по государственным программам, суммы присужденные по суду или иные платежи.

Если я получу финансовую помощь, я обязуюсь сообщить организации, куда я обращался первоначально, обо всех изменениях, которые могут влиять на мое право претендовать на помощь, таких как изменения размера семьи, доходов и медицинского страхования. Я понимаю, что если моя (наша) медицинская ситуация изменится таким образом, что я (мы) сможем претендовать на получение пособий по государственным программам, мне потребуется подать заявление для участия в этой программе и представить подтверждение заявления.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя\_\_\_\_\_  
Дата\_\_\_\_\_  
Подпись созаявителя\_\_\_\_\_  
Дата