

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	Самостоятельно			
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