

### Уважаемый заявитель!

Если оплата расходов на медицинские услуги может стать для вас серьезным финансовым бременем, просим вас заполнить эту заявку. Данная заявка поможет нам определить, сможем ли мы сократить расходы на услуги, оказанные вам в каком-либо медицинском учреждении больниц Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center или Alice Peck Day Memorial Hospital. Просим вас ответить на все вопросы, которые относятся к вам или членам вашей семьи. Любая предоставленная вами информация является конфиденциальной и будет рассматриваться только сотрудниками, занимающимися обработкой вашей заявки.

Если у вас есть медицинская страховка, вы также можете иметь право на получение финансовой помощи от других медицинских учреждений, которые входят в Сеть доступа к медицинским услугам штата Нью-Гэмпшир (NH Health Access Network). NH Health Access Network — это сеть больниц и других медицинских учреждений, которые делают все возможное для улучшения доступа к медицинским услугам для детей и взрослых жителей штата Нью-Гэмпшир, застрахованных на низкую сумму.

Чтобы получить финансовую помощь, вы должны были уже использовать все другие источники оплаты, включая страхование, социальную помощь, судебные иски или ответственность третьих лиц. Просим вас использовать приведенный ниже контрольный список, чтобы убедиться в том, что вся необходимая информация была включена.

	Требуется	н/п
1. Заполненный экземпляр вашей последней декларации по федеральному подоходному налогу и все приложения к ней.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Копии всех последних форм W-2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Копии 3 (трех) последних корешков чеков на зарплату или заявление(-я) работодателя(-ей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Копии 3 (трех) последних выписок по банковским счетам (напр., сберегательному, чековому, счету в паевом фонде, индивидуальному пенсионному счету (IRA), накопительному пенсионному счету 401K и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Копии заявлений о статусе безработного, получении пособий по инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Копии заявлений о получении пособий социального обеспечения и (или) пенсионного пособия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Копия карты с продовольственными купонами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Копии выписок об источниках дивидендов, доверительных фондах и налоге на имущество	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Копии уведомлений о государственной помощи		
Уведомления Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (все страницы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Письма из Medicaid о расходовании избыточных доходов на оплату медицинских счетов, копии уведомлений об отказе в предоставлении Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Уведомления от Плана(-ов) страхования Premium Assistance и Плана(-ов) страхования, приобретенных на страховой бирже	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Личную помощь при заполнении данной заявки можно получить по следующим адресам:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Местный: (603) 650-6222	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 Местный: (603) 354- 5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
---	--	---	--	--	---

Вы будете продолжать нести финансовую ответственность за любые оказанные вам услуги до тех пор, пока от вас не будет получена заполненная заявка. Если вы не получите от нас ответа в течение 30 дней после подачи заявки или вам нужна помощь при ее заполнении, просим позвонить одному из наших Специалистов по защите прав пациентов по тел. (844) 647-6436. Часы работы: 9:00 - 16:30, понедельник - пятница.

Заполненные заявки следует направлять по одному из следующих адресов:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
One Medical Center Dr. PFS: Level 3 FAA  
Lebanon, NH 03766  
ФАКС: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire  
580-590 Court St. PFS: FAA  
Keene, NH 04431  
ФАКС: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital  
10 Alice Peck Day Drive FAA  
Lebanon, NH 03756  
ФАКС: (603) 650-6142

## Заявка на получение финансовой помощи

**Alice Peck Day Memorial Hospital**  
 Кому: FAA  
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

### 1. Информация о пациенте:

Фамилия	Имя	Второй инициал	Номер социального страхования		Дата рождения
Номер дома и улица		Город	Штат	Почтовый индекс	Продолжительность проживания по данному адресу
Почтовый адрес		Город	Штат		Почтовый индекс
Домашний телефон		Рабочий телефон		<input type="checkbox"/> Холост/не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Гражданский брак <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно <input type="checkbox"/> Разведен(-а) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Резидент штата Нью-Гэмпшир	

### 2. Лицо, ответственное за оплату счета

Фамилия	Имя	Второй инициал	Отношение к пациенту	Номер социального страхования
Адрес, если он отличается от адреса пациента			Домашний телефон	Рабочий телефон
Название страховой компании			Дата вступления в силу	

### 3. \*\*Просим указать ВСЕХ лиц, которые проживают в семье, включая заявителя: Если необходимо, используйте дополнительную страницу

ИМЯ	ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	Подает заявку Да/Нет
1	<b>Сам(а)</b>			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Эта заявка относится к будущим или прошлым услугам?  Будущим  Прошлым Дата(-ы) оказания услуг: \_\_\_\_\_

5. Просим заполнить эту графу, если у кого-то в вашей семье есть страховка:  
 Медицинская страховка (план/название) \_\_\_\_\_, Сберег. мед. счет (обвести нужное) –  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_  
 Номер/ид. номер полиса: \_\_\_\_\_ Сумма франшизы: \_\_\_\_\_  
 Medicare Часть А \_\_\_\_\_, Medicare Часть В \_\_\_\_\_ Получает помощь для оплаты Medicare Часть В \_\_\_\_\_ Кто: \_\_\_\_\_

6. Кто-нибудь из членов вашей семьи подавал заявление на получение Medicaid?  Да  Нет  
 Кто: \_\_\_\_\_ Если да и был получен отказ, предоставьте копию уведомления Medicaid об отказе.

7. Вы подавали заявление на получение финансовой помощи в другое медицинское учреждение?  Да  Нет Если да, то куда: \_\_\_\_\_

8. Кто-нибудь из членов вашей семьи находится в состоянии беременности?  Да  Нет

9. Кто-нибудь из членов вашей семьи служил/служит в армии?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

10. Вы недавно подавали заявление на получение компенсации за травму на рабочем месте или иск в связи с автомобильной аварией?  
 Да  Нет Дата: \_\_\_\_\_

11. Кто-нибудь в вашей семье имеет право на получение пособий социального обеспечения?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

12. Кто-нибудь включает вас в качестве иждивенца в свою декларацию о подоходном налоге?  Да  Нет Кто: \_\_\_\_\_

13. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ	ЧЛЕН СЕМЬИ 1	ЧЛЕН СЕМЬИ 2	ЧЛЕН СЕМЬИ 3
------------------------	--------------	--------------	--------------

\*ИМЯ каждого члена семьи: \_\_\_\_\_

Название работодателя: \_\_\_\_\_

**Общий ежемесячный доход, полученный из следующих источников:**

Работа: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Индивидуальная трудовая деятельность: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Инвестиционные счета: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Сдача недвижимости в аренду: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Пособие по безработице: (начиная с ( ____ г.)) _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Пенсия: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
(Соц. обеспечение, пенсия, страховая рента (annuity)) _____			
Алименты / пособие на ребенка: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Государственная помощь, продовольственные купоны: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Другие виды доходов: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
<b>Сбережения и инвестиции:</b>			
Остаток на расчетных счетах _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Остаток на сберегательных счетах и депозитных сертификатах _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Индивидуальный пенсионный счет (IRA), пенсионный счет без вычета налогов 403B, пенсионный накопительный счет 401K: _____			
Более подробно: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Другие сбережения и инвестиции: _____			
Более подробно: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____

**Другое:**

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

Жилой автофургон (RV): Год производства, марка, модель: \_\_\_\_\_

14. ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ:
----------------------------

Ежемесячная арендная плата: \_\_\_\_\_ долл. США или Ипотечный платеж: \_\_\_\_\_ долл. США Остаток по ипотеке: \_\_\_\_\_ долл. США

Сумма налога на имущество, не включенная в вышеуказанную сумму платежа: \_\_\_\_\_ долл. США Стоимость дома: \_\_\_\_\_ долл. США

Вы владеете каким-либо другим имуществом помимо основного места проживания?  Да  Нет Если да, его стоимость \_\_\_\_\_ долл. США

Остаток по ипотеке: \_\_\_\_\_ долл. США

Если другой вид имущества является бизнесом, укажите адрес: \_\_\_\_\_

Ежемесячные платеж по кредиту: \_\_\_\_\_ долл. США Кому уплачивается: \_\_\_\_\_ долл. США За что: \_\_\_\_\_

Medicare Часть D вычитается из суммы чека социального обеспечения:  Да  Нет Сумма: \_\_\_\_\_ долл. США

Коммунальные платежи	долл. США _____	Страхование (авто/жизни/имущества)	долл. США _____	Другое: _____	долл. США _____
Алименты / пособие на ребенка	долл. США _____	Взнос медицинского страхования	долл. США _____	Другое: _____	долл. США _____
Детские учреждения	долл. США _____	Счета за медицинские услуги	долл. США _____	Другое: _____	долл. США _____
Расходы на проживание (бензин, еда, одежда)	долл. США _____	Лекарства	долл. США _____	Другое: _____	долл. США _____

15. УСТУПКА ПРАВ <i>Прочитайте внимательно</i>
--

Я, нижеподписавшийся, даю разрешение на получение моего кредитного рейтинга и (или) налоговой декларации. Я понимаю, что налоговая декларация необходима для обработки данной заявки и что может понадобиться дополнительная информация для определения моих прав на получение помощи. В случае неполного раскрытия или неверного сообщения мной информации о доходах или активах согласие предоставить мне услуги с благотворительной скидкой будет считаться утратившим юридическую силу, и неоплаченные счета будут вновь действительны на дату их выставления. Я могу нести ответственность за какие-либо/все юридические издержки в период взыскания задолженности.

Все нижеподписавшиеся взрослые члены семьи дают разрешение на раскрытие медицинской, финансовой или служебной информации, которая непосредственно связана с их медицинским обслуживанием или их правами на получение финансовой помощи. Данная информация может быть предоставлена любым медицинским учреждениям, в которые члены семьи обращались за медицинскими услугами или финансовой помощью. Вся предоставленная информация останется конфиденциальной в соответствии с положениями федеральных правил Закона по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании (HIPAA). Медицинские услуги, оказанные по желанию пациента, не могут рассматриваться на предмет получения помощи.

Я согласен (согласна) вернуть всю сумму финансовой помощи, если получу платеж любого рода для оплаты медицинских услуг, которые покрывает данная заявка, например, страховые выплаты, выплаты по государственным программам, выплаты по решению суда или какие-либо другие.

Если я получу финансовую помощь, я согласен (согласна) сообщить организации, в которую я изначально обратился (-лась), о любых изменениях, которые могут повлиять на мои права на получение помощи, в том числе об изменении количества членов семьи, дохода и страхового медицинского покрытия. Я понимаю, что если моя/наша медицинская ситуация изменится таким образом, что я/мы сможем получить право на участие в программе государственной помощи, мне нужно будет подать заявку на участие в этой программе и предоставить доказательства подачи такой заявки.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись совместного заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата