

Якщо ви вважаєте, що можете претендувати на фінансову допомогу, заповніть цю форму. Для розгляду необхідно заповнити та підписати всю заяву.

У разі виникнення запитань чи скарг, пов'язаних із цією заявою або для отримання допомоги щодо заповнення **зателефонуйте нам за номером телефону (866) 771-7266 або відвідайте нас у будь-якій установі УН.**

Ім'я та прізвище пацієнта: _____ Дата народження пацієнта: _____ Дата надання послуги: _____
 Адреса: _____ Сімейний стан: _____ Номер рахунку: _____
 Місто: _____ Телефон: _____ Лікарняний заклад, який прийняв пацієнта: _____
 Штат: _____ Поштовий індекс: _____

Чи проживали ви в Огайо станом на дату надання послуг? Так Ні
 Чи ви маєте страховий поліс, який покриває ці послуги? Так Ні *Якщо так, введіть інформацію нижче і додайте копію картки страхувальника*
 Назва страхової компанії: _____ Номер полісу _____ Номер групи: _____
 Чи ви маєте право на страхування за планом COBRA? Так Ні
 Чи застраховані ви за планом Medicaid? Так Ні *Якщо так, вкажіть номер рахунку _____ і додайте копію картки Medicaid*
 Чи є у вас угода про відшкодування витрат на медичне обслуговування ощадний рахунок для оплати медичних витрат
 ощадний рахунок у разі непередбачених витрат

Зазначте нижче всіх членів родини. Вкажіть батьків, чоловіка або дружину (незалежно від того, чи живуть вони разом з вас) та дітей (рідних або усиновлених) віком до 18 років, які проживають разом із пацієнтом. Додайте копії підтвердження прибутку, такі як платіжні відомості, рішення про виплату соціального забезпечення, компенсація робітників, податкові декларації або зателефонуйте фінансовому консультанту УН, щоб розглянути інші докази, які можна надати для демонстрації відповідності критеріям.

Члени родини пацієнта	Вік	Ступінь спорідненості з пацієнтом	Джерело прибутку або найменування роботодавця	Прибуток за 3 місяці до дати надання послуг	Прибуток за 12 місяців до дати надання послуг
Пацієнт —		сам			
2.					
3.					
4.					
5.					

Якщо вище ви повідомили про прибуток у розмірі \$0,00, надайте коротке пояснення, на які кошти ви (або пацієнт) жили протягом періоду, вказаного вище.

У мене також є рахунки від таких установ УН: CMC || ANUJA || GEUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Підписуючись нижче, я підтверджую, що в міру моїх знань і переконань відповіді в цій заяві є правдивими. Я розумію, що свідоме надання хибної інформації для отримання урядової допомоги є незаконним. Я також розумію, що інші сторони можуть покладатися на інформацію, яку я надаю в цьому документі. Цим я уповноважую їх робити це.

Підпис відповідальної сторони: X _____ Дата: _____

Підпис представника УН: X _____ Дата: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

ВИТРАТИ НА ПОСЛУГИ, НЕОБХІДНІ ЗА МЕДИЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ, ПОНЕСЕНІ У ПОПЕРЕДНЬОМУ КАЛЕНДАРНОМУ РОЦІ

Ця форма використовується для відомостей про самостійно сплачені витрати на послуги, необхідні за медичними показаннями, для того, щоб визначити, чи маєте Ви право на додаткову фінансову допомогу щодо оплати рахунків відповідно до Політики фінансової допомоги УН.

ЗАПОВНІТЬ ЦЕЙ РОЗДІЛ, ТІЛЬКИ ЯКЩО ВИ Є ПАЦІЄНТОМ ІЗ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ, ЯКИЙ ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ, АБО ЯКЩО ВИ НЕ МАЄТЕ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА ВАШ ПРИБУТОК БІЛЬШИЙ ЗА 250 % ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЖИТКОВОГО МІНІМУМУ

Вкажіть усі послуги лікарень, лікарів і аптек, за надання яких ви понесли матеріальну відповідальність за попередній календарний рік. Зверніть увагу, що для всіх витрат слід надати пояснення, чи покриваються вони страхуванням.

<u>ПОСТАЧАЛЬНИК ПОСЛУГ</u>	<u>ДАТА НАДАННЯ ПОСЛУГ</u>	<u>ПІДЛЯГАЄ СПЛАТИ ПАЦІЄНТОМ</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

ЗАГАЛЬНА ЗАБОРГОВАНІСТЬ ВІД ПАЦІЄНТА ЗА ЦЕЙ КАЛЕНДАРНИЙ РІК _____

Чи є у вас є питання щодо заповнення цієї заяви? Зателефонуйте нам за номером (866) 771-7266

Надішліть заповнену заяву в University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Centre Road, Shaker Heights, OH 44122

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____