

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ UNIVERSITY HOSPITALS

Если Вы полагаете, что, возможно, имеете право на получение финансовой помощи, заполните это заявление. Рассматриваются только полностью заполненные и подписанные заявления. Если Вы хотите задать вопрос или уточнить что-либо в связи с настоящим заявлением либо получить содействие в его заполнении, позвоните нам по телефонам (216) 844-8299 или (800) 859-5906 или посетите любое Больничное учреждение УН.

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения пациента: _____ Дата оказания услуги: _____
 Адрес: _____ Семейное положение: _____ Номер счета: _____
 Город: _____ Телефон: _____ Больничное учреждение, принявшее
 штат: _____ Индекс: _____ пациента: _____

Проживали ли Вы в штате Огайо в указанную дату оказания услуги? Да Нет
 Есть ли у Вас полис медицинского страхования, покрывающий эти услуги? Да Нет *Если да, укажите необходимую информацию и приложите копию страховой карточки*
 Название страховой компании: _____ Номер полиса: _____ Номер группы: _____
 Имеете ли Вы право на страхование по плану COBRA? Да Нет
 Застрахованы ли Вы по Medicaid? Да Нет *Если да, укажите номер для выставления счетов и приложите копию карточки Medicaid*
 Есть ли у Вас Счет возмещения медицинских расходов Медицинский сберегательный счет Счет на случай непредвиденных расходов

Перечислите ниже всех членов Вашего домохозяйства. К ним относятся родители, супруг(а) (вне зависимости от того, проживают ли они совместно с Вами) и дети (родные или приемные) в возрасте до 18 лет, проживающие совместно с пациентом. Приложите копии документов, подтверждающих доход (справки о начислении заработной платы, решения о предоставлении социальных пособий, документы о компенсации вреда здоровью работника, налоговые декларации), или позвоните финансовому консультанту УН и обсудите с ним, какие иные свидетельства можно представить в обоснование Вашего права.

Члены семьи пациента	Возраст	Кем приходится пациенту	Источник дохода или название работодателя	Доход за 3 месяца до даты оказания услуги	Доход за 12 месяцев до даты оказания услуги
Пациент -		сам			
2.					
3.					
4.					
5.					

Если Вы указали выше доход в размере \$0.00, поясните кратко, на какие средства Вы (или пациент) существовали в течение заявленного периода.

Мне также выставили счета следующие учреждения УН: CMC ANUJA RH RICHMOND RH BEDFORD GEAUGA GENEVA CONNEAUT
 PORTAGE ST JOHN ELYRIA PARMA SAMARITAN UH MEDICAL GROUP

Ставя ниже свою подпись, я заявляю, что, насколько мне это известно и представляется верным, ответы на вопросы настоящей анкеты соответствуют действительности. Я понимаю, что представление заведомо ложных сведений с целью получить государственное пособие является нарушением закона. Кроме того, мне известно, что другие лица могут полагаться на информацию, которую я указал(а) в настоящем заявлении. Настоящим я разрешаю им совершать соответствующие действия.

Подпись ответственного лица: X _____ Дата: _____
 Подпись представителя УН: X _____ Дата: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in NH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB MI
 Medical Record No: _____ Date Completed: _____

РАСХОДЫ НА УСЛУГИ, НЕОБХОДИМЫЕ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ, ЗА 2016 КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД

Настоящая форма предназначена для указания сведений о самостоятельно оплаченных расходах на услуги, необходимые по медицинским показаниям, с целью определить, имеете ли Вы право на дополнительную финансовую помощь по оплате счетов в соответствии с Политикой финансовой помощи УН.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОН ЗАСТРАХОВАН И ЖЕЛАЕТ ПОЛУЧИТЬ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ИЛИ НЕ ЗАСТРАХОВАН И ЕГО ДОХОД ПРЕВЫШАЕТ 250 % ОТ ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ

Укажите все услуги больниц, врачей и аптек, по которым у Вас есть обязательства по оплате в связи с тем, что дата оказания услуги приходится на 2016 г. Обратите внимание, что по всем расходам необходимо пояснить, покрываются ли они страхованием.

<u>КЕМ ОКАЗАНА УСЛУГА</u>	<u>ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ</u>	<u>ПОДЛЕЖИТ ОПЛАТЕ ПАЦИЕНТОМ</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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

ОБЩАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЗА ДАННЫЙ КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД _____

У Вас есть вопросы о том, как заполнить настоящее заявление? Позвоните нам по телефону (216) 844-8299 или (800) 859-5906

Заполненное заявление следует прислать по адресу: University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122

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