



Просим Вас заполнить, подписать и вернуть нам данное заявление со следующими документами:

- **Справка о доходе (включая все документы из данного списка):**
 - Копия последних 2 квитанций о начислении заработной платы или копия формы W-2 за текущий налоговый год, включая пациента, супруга или супругу пациента и/или гаранта пациента (родителей/официальных опекунов детей в возрасте до 18 лет), проживающих в домохозяйстве.
 - Если Вы самозанятый, копия текущей федеральной налоговой декларации по форме 1040.
 - Документ о социальном обеспечении/социальном обеспечении по нетрудоспособности или любом другом дополнительном доходе семьи.
- **Копия счета об уплате ипотечной кредитной задолженности/об уплате арендной платы или копия выписки об уплате налога на недвижимое имущество, если ипотека погашена.**
- **Если Вы подаете заявку на получение медицинской помощи, копия извещения об одобрении или отказе.**

Если у Вас нет возможности предоставить какой-либо из вышеуказанных документов, просим Вас заполнить форму FAF 116 на стр. 3 ниже.

Информация о пациенте

Фамилия:	Имя:	Отчество:
Номер социального страхования:	Дата рождения:	

Поручитель (законный родитель, опекун или доверенность) Если гарантом является сам пациент, оставьте поле пустым и переходите к части II; заполните все поля.

Фамилия:	Имя:	Отчество:
Номер социального страхования:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:

Часть II (информация о пациенте/поручителе)

Улица, номер дома:	Кв.:	
Город:	Штат:	Индекс:
Домашний телефон: ()	Мобильный телефон: ()	Семейное положение:
Наименование и адрес работодателя:		
Совокупный месячный доход: долл. США	Чистый месячный доход: долл. США	
Должность:	Стаж на текущем месте работы:	
Вы легально проживаете в США? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		

Супруг/супруга

Фамилия:	Имя:	Отчество:
Наименование/адрес работодателя:	Телефон:	
Должность:	Стаж работы:	
Совокупный месячный доход: долл. США	Чистый месячный доход: долл. США	

Информация о семье (имена и даты рождения всех лиц, проживающих в домохозяйстве, за исключением Вас и супруга/супруги)

Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:
Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:
Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:
Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:
Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится пациенту:

Дополнительный доход семьи

Остаток на текущем счете:	Сумма ежемесячного пособия по безработице:
Остаток на сберегательном счете:	Сумма ежемесячного социального обеспечения:
Государственное денежное пособие/талоны на приобретение продовольственных продуктов:	Сумма ежемесячной компенсации работающим:
Размер месячной/годовой пенсии:	Другое:

Ипотека/аренда (требуется копия квитанции об уплате ипотеки/аренды)

Оплата ипотеки/аренды:	
------------------------	--

Информация о страховании здоровья (требуется копия полученного извещения об одобрении или отказе от предоставления медицинской помощи)

Наименование компании:	Дата вступления в силу:
Подавали ли Вы заявку на получение медицинской помощи? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Когда:
Где:	Имя, фамилия и телефон социального работника:
Результат/причина отказа:	

Информация об инвалидности

Есть ли у пациента инвалидность? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Как давно пациент имеет инвалидность:
Имя и фамилия терапевта:	Телефон терапевта:

Иски против третьих лиц (автомобильная авария, производственная травма, телесные повреждения или другие юридические иски)

Травмы/заболевания вследствие автомобильной аварии	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Дата несчастного случая:
Производственные травмы/профессиональные заболевания	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Дата несчастного случая:
Травмы/заболевания в результате произошедшего уголовного преступления	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Дата несчастного случая:
Травмы/заболевания, что повлекли за собой обращение в суд	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Дата несчастного случая:

По искам против третьих лиц не предоставляется право на получение финансовой помощи, пока не будут исчерпаны все другие способы оплаты. Неразглашение информации о каком-либо иске против третьего лица лишает пациента права на получение финансовой помощи.

Я подтверждаю, что данное заявление изучено мной и, насколько мне известно, вся содержащаяся в нем информация, а также вся информация, предоставленная UMMS и ее медицинским центрам каким-либо образом, точная, правильная и полная. Я осознаю, что предоставление неверных сведений может привести к отмене финансовой помощи, которую мне могут предоставить, и мне придется самостоятельно нести все медицинские расходы. Своей подписью и подачей данного запроса я даю UMMS и ее медицинским центрам разрешение определять мою потребность в финансовой помощи, включая изучение моей кредитной истории. Я также разрешаю UMMS передавать и разглашать эти сведения организации University Physicians Inc. с целью оценки моего финансового положения в ответ на помощь с моими счетами от терапевтов. Я осознаю, что несу ответственность за информирование UMMS о любых изменениях в отношении моего дохода или активов в процессе рассмотрения данного заявления.

Подпись пациента/поручителя (обязательно)

Дата

Подпись супруга/супруги (обязательно)

Дата

Если у Вас возникли какие-либо вопросы или Вам нужна помощь в заполнении данного заявления, просим Вас связаться с отделом финансовой помощи по телефону (410) 821-4140, доб. 2003, с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30.

Вы можете выслать данное заявление вместе с необходимыми документами по почте, электронной почте или факсу:

Почтовый адрес:

UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031

Адрес эл. почты:

CBOService@umm.edu

Факс:

410-630-5341

Проверка заявления о доходах, жилищных и финансовых условиях

Данная форма заполняется кандидатом на получение финансовой помощи, который:

- получает помощь в виде продуктов питания или временного жилья;
- на данный момент безработный;
- имеет счета из больницы на оплату лечения травм, полученных в результате автомобильной аварии, производственной травмы, в связи с ущербом здоровью или любым вредом, причиненным третьим лицам.

Информация о пациенте:

Полное имя: _____ Дата: _____
Телефон: _____ Мобильный телефон: _____
Дата рождения: _____ Подпись пациента: _____

Если Вы получаете помощь в виде продуктов питания или временного жилья, заполните следующие поля:

Я получаю помощь от _____ в виде продуктов питания и временного жилья. Кем приходится пациенту: _____.

(Выберите один вариант)

- _____ Предоставляет комнату и питание бесплатно
_____ Я плачу _____ долл. США в месяц за комнату и питание
_____ Другое, укажите ниже.

Если Вы не работаете и не имеете дохода, заполните следующие поля:

- (Выберите один вариант) _____ Я не работаю с __. __. ____ г. и получаю помощь в виде продуктов питания и временного жилья, как указано выше. Когда Вы планируете вернуться к работе? _____
_____ Я не работаю с __. __. ____ г. и живу на накопленные средства или другие денежные активы.

Объясните подробнее: _____

Когда Вы планируете вернуться к работе? _____

Почему Вы не получаете пособие по безработице?

- (Выберите один вариант) _____ Право на получение пособия утрачено — пациент уже использовал все полагающиеся льготы по безработице.
_____ Несоответствие критериям (укажите причину): _____

Если Вы предъявляете иск каким-либо третьим лицам (в связи с автомобильной аварией, компенсацией производственной травмы, компенсации ущерба здоровью), заполните следующие поля:

Адвокат: Имя и фамилия: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

Страховая компания: Название: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

Ожидаемая дата урегулирования иска: _____.