



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 последний налоговый год, заполненная для всех, кто подает заявку, включая пациента, супруга или супругу пациента, гаранта пациента (родителей детей в возрасте до 21 года), живущих вместе с пациентом. Документ о социальном обеспечении/социальном обеспечении по нетрудоспособности или любом другом дополнительном доходе семьи.

● **Копия счета за ипотеку/аренду.**

● **Если Вы подаете заявку на получение медицинской помощи, копию извещения об одобрении или отказе.**

Если у Вас нет возможности предоставить какой-либо из вышеуказанных документов, просим Вас заполнить приложенную форму FAF 116.

Информация о пациенте

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

Гарант (ответственное лицо). Если гарантом является пациент, оставьте поле пустым и переходите к Части II, если нет — заполните все поля

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

Часть II (требуется копия формы (форм) W-2 за последний год или копии последних двух квитанций о начислении заработной платы)

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:	
Легально ли Вы 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 вместе с Вами, за исключением Вас и супруга/супруги)

Ф. И. О.:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	Кем приходится пациенту:
Ф. И. О.:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	Кем приходится пациенту:
Ф. И. О.:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	Кем приходится пациенту:
Ф. И. О.:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	Кем приходится пациенту:
Ф. И. О.:	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:
Сумма ежемесячного пособия на детей:	Другое:

Ежемесячные расходы (требуется копия квитанции об уплате ипотеки/аренды)

Оплата ипотеки/аренды:	Кабельное телевидение:
Коммунальные услуги:	Visa:
Телефон:	Mastercard:
Мобильный телефон:	Расходы в торговых центрах:
Платежи за автомобиль:	Другое:

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?	Ф. И. О. и телефон социального работника:
Результат / причина отказа:	

Информация об инвалидности

Есть ли у пациента инвалидность? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Как долго пациент имеет инвалидность:
Ф. И. О. 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 качестве жертвы уголовного преступления	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Дата несчастного случая:
Травмы/заболевания вследствие незаконного действия	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 я изучил(-а) данное заявление 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 данные 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/гаранта

Дата

Подпись супруга/супруги

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 с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30. Вышлите данное заявление **вместе с необходимыми документами по адресу: UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.**