ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ: _____ НОМЕР РАХУНКУ: _____

П. І. Б. ПАЦІЄНТА АБО ЗАЯВНИКА:
_____

АДРЕСА: _____

МІСТО: _____ШТАТ: _____ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС:_____

ТЕЛЕФОН:_____ СІМЕЙНИЙ СТАН:_____

ДЛЯ РОЗГЛЯДУ ПИТАННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ <u>НЕОБХІДНО</u> ЗАПОВНИТИ НАСТУПНІ ПОЛЯ. ЗВЕРНІТЬ УВАГУ, ЩО НЕЗАСТРАХОВАНІ ПАЦІЄНТИ ПОВИННІ СПІВПРАЦЮВАТИ З НАШИМ ПОСТАЧАЛЬНИКОМ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ, ПЕРШ НІЖ ОТРИМАТИ ДОПОМОГУ.

(Вкажіть чоловіка/дружину та дітей віком до 18 років, які проживають у домогосподарстві та дати їхнього народження)

П. І. Б.	КИМ ПРИХОДИТЬСЯ ПАЦІЄНТУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 3 МІСЯЦІВ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 12 МІСЯЦІВ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ, НАЙМЕНУВАННЯ РОБОТОДАВЦЯ (ЗАЗНАЧИТИ, ЯКЩО ВИ Є СТУДЕНТОМ КОЛЕДЖУ)
	САМОЗАЙНЯТІСТЬ				

1. **ЯКЩО ВИ ВКАЗАЛИ НУЛЬОВИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД, ЯКУ ДОПОМОГУ ВИ ОТРИМУЄТЕ?**
   _____
2. В ЯКОМУ ШТАТІ ВИ ЖИЛИ НА ЧАС ВІЗИТУ? _____
3. ЧИ ПОДАВАЛИ ВИ ЗАЯВКУ НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АБО БУДЬ-ЯКОЇ ІНШОЇ ДОПОМОГИ В ОКРУЗІ? (ДАТА/ШТАТ_____) ☐ НІ ☐ ТАК
4. ЧИ БУЛО У ВАС МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА ДЕНЬ НАДАННЯ ПОСЛУГИ? ☐ НІ ☐ ТАК (НАДАЙТЕ КОПІЮ КАРТКИ РАЗОМ ІЗ ЦІЄЮ ЗАЯВКОЮ)
5. ЧИ БУЛА ДАТА НАДАННЯ ПОСЛУГИ ПОВ'ЯЗАНА З АВТОМОБІЛЬНОЮ АВАРІЄЮ? ☐ НІ ☐ ТАК (НАЗВА СТРАХУВАННЯ / № ВИМОГИ_____)
6. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ РОЗРАХУНКОВИЙ АБО ДЕПОЗИТНИЙ РАХУНОК? ☐ НІ ☐ ТАК (ЗАЛИШОК НА РАХУНКУ:_____)
7. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ БУДЬ-ЯКІ ІНШІ АКТИВИ? ☐ НІ ☐ ТАК (ТИП/СУМА)_____)
8. У ВАС ВЛАСНЕ ЖИТЛО ЧИ ВИ ОРЕНДУЄТЕ ЙОГО? ☐ ВЛАСНЕ ЖИТЛО ☐ ОРЕНДУЄМО ☐ ІНШЕ (_____)

СТОСОВНО ПЕРЕЛІЧЕНИХ ВИЩЕ АКТИВІВ, ЩО ПРИНОСЯТЬ ДОХІД, ВИ ПОВИННІ НАДАТИ НАСТУПНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО КОЖНОГО ЧЛЕНА ДОМОГОСПОДАРСТВА:

(позначте відповідні пункти)

☐ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ = ДОХІД ЗА 3 АБО 12 МІСЯЦІВ ☐ САМОЗАЙНЯТІСТЬ = ЗАПОВНЕНІ ПОДАТКОВІ ДЕКЛАРАЦІЇ, ВКЛЮЧАЮЧИ ФОРМУ С

☐ БЕЗРОБІТТЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ ☐ ДОПОМОГА НА ДИТИНУ = ДОКУМЕНТ, ВИДАНИЙ ЗА НАКАЗОМ СУДУ

☐ СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ ☐ ІНШЕ = ПІДТВЕРДЖЕННЯ БУДЬ-ЯКОГО ІНШОГО ДОХОДУ, НАПРИКЛАД ДИВІДЕНДІВ, ВІДСОТКІВ, ДОХОДУ ВІД ОРЕНДИ

☐ ПЕНСІЯ АБО ІНВАЛІДНІСТЬ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ ☐ РОЗРАХУНКОВИЙ РАХУНОК / ДЕПОЗИТ = АКТУАЛЬНА ВИПИСКА ЗА 30 ДНІВ ДЛЯ КОЖНОГО РАХУНКУ

ПОСВІДЧЕННЯ: *ПІДПИСУЮЧИ ЦЕЙ ДОКУМЕНТ, Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО ВІДПОВІДІ, ВКАЗАНІ В ЦІЙ ЗАЯВЦІ, Є ПРАВДИВИМИ. ЯКЩО ПІД ЧАС ПОДАЛЬШОЇ ПЕРЕВІРКИ ЗАЯВКИ НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИ БУДЕ ВИЯВЛЕНО, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, НАДАНА ОСОБОЮ, БУЛА НЕПРАВИЛЬНОЮ АБО ШАХРАЙСЬКОЮ, РІШЕННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ МОЖЕ БУТИ СКАСОВАНО, А ВІДПОВІДАЛЬНІЙ ОСОБІ БУДЕ ВИСТАВЛЕНО РАХУНОК. Я РОЗУМІЮ, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ Я НАДАЮ, ПІДЛЯГАЄ ПЕРЕВІРЦІ МОЇМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ, У ТОМУ ЧИСЛІ БЮРО КРЕДИТНИХ ІСТОРІЙ, А ТАКОЖ ЇЇ МОЖУТЬ ПЕРЕВІРЯТИ ФЕДЕРАЛЬНІ ТА/АБО ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ ТА ІНШІ ОСОБИ, ЗА НЕОБХІДНОСТІ.*

ПІДПИС ПАЦІЄНТА: _____ **ДАТА:** _____

ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА:_____**КИМ ПРИХОДИТЬСЯ:**_____**ДАТА:**_____
(ЯКЩО ЗАЯВКУ ЗАПОВНЮЄ НЕ САМ ПАЦІЄНТ)

НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ ТА ДОКУМЕНТАЦІЮ
ПОШТОЮ НА АДРЕСУ:
Відділ фінансової допомоги компанії Bon Secours Mercy Health, a/c 631360
Цинциннаті, Огайо, 45263-1774 (PO Box 631774, Cincinnati, OH 45263-1774)

Остання редакція: 03/2024