



**WellStar Health System**  
**Заявление для участия в программе**  
**оказания финансовой помощи больницам**  
*Дата пересмотра: 6/21/2016*

LD-24-01-JA4N Russian Rev 6/16  
 P.O Box 670747  
 Marietta, Georgia 30066  
 Телефон: 770-792-1791

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ** Резидент США  Да  Нет

Номер расчетного счета: \_\_\_\_\_ Юридическое лицо: \_\_\_\_\_  
 Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ПОРУЧИТЕЛЕ И ОДНОМ ИЗ СУПРУГОВ** Женат (замужем)  В разводе  Отдельно от семьи  Вдовец (вдова)

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ Степень родства с пациентом: \_\_\_\_\_  
 Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
 Телефон: ( ) \_\_\_\_\_ Другой телефон: ( ) \_\_\_\_\_  
 Работодатель: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_  
 Место работы: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Годовая оплата или почасовая оплата: \_\_\_\_\_ Полный рабочий день или неполный рабочий день (необходимое подчеркнуть)  
 Ф. И. О. супруга/супруги: \_\_\_\_\_ Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Работодатель: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_  
 Место работы: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Годовая оплата или почасовая оплата: \_\_\_\_\_ Полный рабочий день или неполный рабочий день (необходимое подчеркнуть)

**Законные иждивенцы (указать только тех, о которых можно заявлять в федеральной налоговой декларации)**

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения (мм/дд/гггг)	Родство
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Обращались ли Вы в программу Medicaid?  
 Да  Нет   
 Вы соответствуете требованиям консолидированного общего закона «Об урегулировании бюджета» (Cobra)?  
 Да  Нет

**Активы и другие источники дохода**

Чековый баланс:  долл. Название банка: \_\_\_\_\_ Баланс сбережений:  долл. Название банка: \_\_\_\_\_  
 Ежемесячная пенсия:  долл. Социальное обеспечение:  долл. Индивидуальный пенсионный счет (IRA):  долл. Депозитные сертификаты:  долл. Пособие на ребенка:  долл.  
 Вы получаете возврат кредита на обучение?  Да/Нет (обведите необходимое) Возмещение расходов на обучение:  долл.  
 Алименты:  долл. Землевладелец: Да/Нет (обведите необходимое) Стоимость:  долл. Любые другие ценные вклады, т. е. акции, облигации, 401К:  долл.  
 Вы являетесь владельцем арендуемого объекта недвижимости? Да/Нет (обведите необходимое) Если Вы ответили «Да», уточните ежемесячный доход:  долл. Какова стоимость недвижимости?  долл.  
 Вы объявляли себя банкротом за последние 3 года? Да/Нет (обведите необходимое) Если Вы ответили «Да», уточните дату: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Вы владеете акциями или облигациями? Да/Нет (обведите необходимое) Если Вы ответили «Да», уточните какова их стоимость?  долл.

WellStar Health System обязуется оказывать финансовую помощь пациентам, которым необходима обоснованная медицинская помощь в больницах WellStar Hospitals и у которых ограничены или отсутствуют средства, чтобы платить за медицинское обслуживание. WellStar будет оказывать неотложную медицинскую помощь всем лицам, независимо от их платежеспособности или правомочности в рамках Программы оказания финансовой помощи.

Для того чтобы претендовать на получение финансовой помощи для медицинского обслуживания в больнице WellStar, необходимо сотрудничество с WellStar в выявлении и определении альтернативных источников оплаты или страховки из государственных и частных программ оплаты. Для того чтобы претендовать на получение финансовой помощи, необходимо следующее.

### **Заявление о предоставлении информации:**

- Представьте достоверное, точное, подписанное и заполненное заявление на получение финансовой помощи.**
- Все претенденты на получение финансовой помощи должны представить документы, подтверждающие семейный доход и семейный бюджет, представив частично либо все из указанных ниже документов.**

Представьте любые или все из ниже перечисленных документов, если невозможно представить копию последней декларации по федеральному подоходному налогу:

- Последний расчетный чек за 3 (три) месяца или справку от работодателя, подтверждающую номинальную заработную плату
- Форма налогового управления США (IRS) W-2, выданная в течение прошлого года
- Последняя форма IRS 1040
- Выписка из банковских счетов за последние 2 (два) месяца для каждого чекового и сберегательного счета, депозитного счета денежного рынка, другого банковского или инвестиционного счета
- Письменные заявления за последние 2 (два) месяца для других доходов (например, пособия по безработице, инвалидности, пенсия, студенческие кредиты, письма о назначении пособия от Управления социального обеспечения, отчет о текущей прибыли и убытках для всех заявителей-частных предпринимателей, а также документы по алиментам, документы о пособии на ребенка и т. д.)
- Письменный отказ в компенсации по безработице
- Документация о стоимости активов, в том числе, помимо прочего, справки о налоге на недвижимость, депозитные сертификаты, 401к, 403b, индивидуальный пенсионный счет (IRA) и другие справки о капиталовложениях
- Заявления о пожертвованиях от частных лиц, которые пожертвовали прибыль или оказали пациенту помощь в натуральной форме

Эта информация должна быть получена для того, чтобы обработать Ваше заявление. В случае если Вы не сможете представить вышеуказанную информацию в течение 240 дней с момента получения платежного требования после госпитализации, WellStar сохраняет за собой право не обрабатывать ваш запрос на получение финансовой помощи. Вы можете обратиться в WellStar с вопросами или за помощью с этим заявлением по адресу:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 или связаться с нами по номеру: 678-838-5750.

Комментарии.

Настоящим прошу WellStar рассмотреть мои основания для включения в программу оказания финансовой помощи. Я понимаю, что информация, предоставленная мною о моем ежегодном доходе и размере семьи, должна быть проверена. Я также понимаю, что если информация, которую я предоставляю, окажется ложной, это приведет к отказу в праве на получение финансовой помощи. Я соглашаюсь составить заявление на любую помощь (т. е., Medicaid, Medicare, государственная помощь (при заболевании раком), профессиональная реабилитация, страхование и т. д.), которая может быть использована для оплаты моих счетов WellStar. Я буду в полной мере сотрудничать в принятии любых мер, которые могут быть необходимыми для получения такой помощи, и буду выделять или оплачивать WellStar сумму, взыскиваемую за расходы WellStar. Я соглашаюсь на оплату любых счетов, оставшихся после внесения изменений в программу оказания финансовой помощи. Несоблюдение этого требования может привести к отмене каких-либо скидок в программе оказания финансовой помощи. Заполненное заявление для программы оказания финансовой помощи применимо при подтверждении гарантом.

Я подтверждаю, что вышеизложенная информация является, насколько мне известно, правдивой и точной.

Подпись гаранта: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_