



Заявление на получение медицинской финансовой помощи
 P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
 Тел.: 470-245-9998

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ Резидент США: Да Нет

Номер счета: _____ Название учреждения: _____

Имя: _____ SS#: _____ Дата рождения: _____

ГАРАНТ и СУПРУГ(А)
ИНФОРМАЦИЯ В браке В разводе Отдельное Вдовец/е Один

Имя гаранта: _____ SS#: _____ Отношение с пациентом: _____

Дата рождения: ____/____/____ Домашний адрес: _____

Тел.: (____) _____ Другой тел.: (____) _____

Работодатель 1: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодно или Почасовая оплата: _____ Полная занятость, частичная занятость или безработный (выберите нужное)

Работодатель 2: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодно или Почасовая оплата: _____ Полная занятость, частичная занятость или безработный (выберите нужное)

Имя супруги(а): _____ SS#: _____ Дата рождения: ____/____/____ Работодатель 1: _____

Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодно или Почасовая оплата: _____ Полная занятость, частичная занятость или безработный (выберите нужное)

Работодатель 2: _____ Адрес: _____

безработный Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодно или Почасовая оплата: _____ Полная занятость, частичная занятость или безработный (выберите нужное)

Законные иждивенцы (Укажите только иждивенцев, которые могут быть заявлены в форме федерального налога.)

Имя (Имя, отчество, фамилия)	Дата рождения (дд.мм.гггг)	Отношение	
			Вы подавали заявку на Medicaid? Да _____ Нет _____
			Вы имеете права на получение Собга? Да _____ Нет _____

Активы и прочие источники дохода

Расчетный баланс: \$ _____ Название банка: _____ Сберегательный баланс: \$ _____ Название банка: _____

Баланс денежного рынка: \$ _____ Название банка: _____ Социальное страхование: \$ _____ Ежемесячная пенсия: \$ _____

Алименты: \$ _____ Пособие на ребенка: \$ _____ CD: _____

Другие активы (например, акции, ценные бумаги и т.д.) _____ Тип: _____

Вы получаете возмещение кредита на обучение? Да или Нет (выберите один вариант) Сумма возмещения: \$ _____

За последние 3 года вы подавали документы на признание банкротства? Да или Нет (выберите один вариант) Если да, укажите дату: ____/____/____

У вас есть недвижимость для сдачи в аренду? Да или Нет (выберите один вариант) Если да, какой ваш ежемесячный доход? \$ _____

Стоимость имущества: \$ _____

Система здравоохранения Wellstar предоставляет финансовую помощь пациентам, которым требуется медицинский уход в больницах Wellstar, но у которых недостаточно средств или нет средств на такой уход. Wellstar будет предоставлять неотложное медицинское обслуживание всем лицам, независимо от их возможностей оплатить услуги или права на участие в программе финансовой помощи.

Для того, чтобы подать заявку на получение финансовой помощи в больнице Wellstar, сотрудничество с Wellstar является обязательным для идентификации и определения альтернативных источников оплаты покрытия из государственных и частных программ оплаты. Для того, чтобы получить право на финансовую помощь, необходимо следующее:

Заявление:

Предоставьте верное, точное, подписанное и заполненное заявление на получение финансовой помощи; и

Все заявители финансовой помощи должны предоставить подтверждения доходов семьи и активов семьи, предоставив одно из следующих:

Предоставьте следующие документы на основании ТЕКУЩЕЙ финансовой ситуации:

- Предоставьте корешки квитанций за последние 3 (три) месяца или заявление от работодателя, которое подтверждает размер заработной плат И выписки из банка за последние 2 (два) месяца по каждому расчетному, сберегательному, денежному рыночному или прочим банковским или инвестиционным счетам для семьи
- Последнюю форму IRS 1040 И IRS W-2/1099 (если применимо), выданную за последний год для соответствия форме IRS 1040
Дополнительные документы (если применимо):
- Письменные заявления за последние 2 (два) месяца для всех прочих доходов (например, пособие по безработице, инвалидности, пенсия, возмещение кредитов на учебу, письмо о назначении пособия от отдела социального страхования, текущий отчет о доходах и расходах для всех самозанятых заявителей, документы о начислении судом алиментов, документы о назначении судом пособия на ребенка или выписка по активности по карте для выплат (TANF) и т.д. для членов семьи)
- В случае безработицы меньше 3 месяцев - Уведомление об увольнении от бывшего работодателя
- В случае безработицы более 3 месяцев - Справка о заработной плате (Министерство труда)
- Письмо с отказом в пособии по безработице
- Документы, подтверждающие ценность активов, включая без ограничений, выписка об уплате налога на недвижимость, сертификаты депозитов и прочие справки об инвестициях
- Справки о пожертвованиях от людей, которые жертвуют доход или оказывают материальную помощь пациенту

Исправления или сокращения в документах недопустимы.

Такая информация должна быть получена в течение 30 дней для обработки вашего заявления. Для счетов, имеющие право на рассмотрение для получение финансовой помощи по программе финансовой помощи системы здравоохранения Wellstar, заявления должны быть заполнены и поданы в течение 240 дней после даты первого платежного счета после выписки. Wellstar оставляет за собой право не обрабатывать ваш счет для программы финансовой помощи, если он является несоответствующим. Если у вас есть вопросы или требуется помощь с заявлением, вы можете обратиться в Wellstar:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, Факс: 770-792-1737 или Тел.: 470-245-9998.

Комментарии:

Настоящим я прошу Wellstar определить мое право на участие в программе финансовой помощи. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю относительно моего годового дохода и размера семьи, должна быть подтверждена. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация, оказывается ложной, результатом будет отказ в участии в программе финансовой помощи. Я также соглашаюсь придерживаться всего процесса подачи заявления и срининга для получения любой помощи (Medicaid, Medicare, State Aid (для рака), профессиональный рехаб, страхование и т.д.), которая может быть доступна для оплаты услуг в Wellstar. Я буду оказывать содействие в предпринятии любых действий, которые могут считаться необходимыми для получения такой помощи, и буду назначать или оплачивать Wellstar сумму, предназначенную для выплаты Wellstar. Я соглашаюсь оплачивать балансы, оставшиеся после внесения изменений в программу финансовой помощи. Неоплата может привести к отмене скидок по программе финансовой помощи. Заполненное заявление на участие в программе финансовой помощи применимо к одному гаранту.

Я подтверждаю, что указанная информация является правдивой и верной, насколько это мне известно.

Подпись гаранта: _____