

Attachment B
Приложение В

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Отправьте заполненное заявление и подтверждающие финансовые документы на адрес:

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

График работы: в будние дни с 08:00 до 17:00
Номер телефона: 323-866-8600 File 1688
Круглосуточный факс: 323-866-3077
Эл. почта: Patient.Billing@cshs.org

Подтверждающие финансовые документы для предоставления финансовой помощи

Вам необходимо предоставить все документы, указанные ниже. В противном случае рассмотрение вашего заявления может быть задержано или отклонено. Если вы не можете предоставить какой-либо документ, предоставьте объяснительное письмо.

Основные документы:

- Справка о доходах, включая доходы помимо заработной платы (как указано выше)
 - Чеки или квитанции от работодателя за предыдущие два месяца
 - Квитанции о начислении пособий по безработице, социальному обеспечению или инвалидности за последние два месяца
- Декларация об уплате федеральных налогов
 - Если вы не подавали декларацию об уплате федеральных налогов, вы можете предоставить последние формы W2 или 1099
 - Если вы не можете предоставить информацию о налоговой декларации из-за задержки с ее подачей, временной нетрудоспособности или безработицы, предоставьте форму о том, что вы не подаете декларацию. Получить копию формы можно по телефону 1-800-908-9946 или на сайте www.irs.gov/individuals/get-transcript (используйте форму 4506-T или 4506T-EZ).
- Выписки по банковскому счету для расчетного и сберегательного счетов, а также по счету в кредитном союзе (все страницы)
- Подтверждение аренды или ипотеки

Дополнительные документы:

- Подтверждение доходов помимо заработной платы
 - Отчет о доходах от алиментов
 - Отчет о доходах от предпринимательской деятельности
 - Отчет о доходах от алиментов на содержание ребенка
- Если вы состоите в браке или в гражданском браке, предоставьте нижеперечисленные документы, касающиеся вашего (-ей) супруга (-и) или партнера (-ши).
 - Справка о доходах, включая доходы помимо заработной платы (как указано выше)
 - Декларация об уплате федеральных налогов
 - Если вы не подавали декларацию об уплате федеральных налогов, вы можете предоставить последние формы W2 или 1099
 - Если вы не можете предоставить информацию о налоговой декларации из-за задержки с ее подачей, временной нетрудоспособности или безработицы, предоставьте форму о том, что вы не подаете декларацию. Получить копию формы можно по телефону 1-800-908-9946 или на сайте www.irs.gov/individuals/get-transcript (используйте форму 4506-T или 4506T-EZ).
 - Последние выписки для расчетного и сберегательного счетов, а также счета в кредитном союзе

Заполненное Заявление:

- Заполненное Заявление с датой и подписью

Attachment B (Continued)
Приложение В (продолжение)

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ			
Имя и фамилия пациента		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Домашний адрес		Город	Штат Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Адрес электронной почты	
Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		Годовой доход семьи: _____ долл.	
Семейное положение: <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Холост / не замужем <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова		Количество членов семьи (как указано в налоговых документах):	
Занятость <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс

ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ / СОЖИТЕЛЕ (-НИЦЕ) / ПАРТНЕРЕ (-ШЕ) / РОДИТЕЛЕ / ПОРУЧИТЕЛЕ			
Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Сожитель (-ница) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Поручитель <input type="checkbox"/> Другое:			
Имя и фамилия		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Занятость <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс
Название медицинской страховки (предоставляемая работодателем; включая COBRA) <input type="checkbox"/> Медицинская страховка отсутствует			

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ			
1. Соответствует ли вы критериям получения какого-либо страхового покрытия?			
<input type="checkbox"/> Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Покрытие от Veterans Administration (Управление по делам ветеранов)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Иностраный полис	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Если да, предоставьте нижеуказанные сведения.			
Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса	
Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса	

Attachment B (Continued)
Приложение В (продолжение)

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ			
Основные расходы на проживание	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Алименты на содержание супруги/супруга или детей	долл.	долл.	долл.
Кредитные или лизинговые платежи за автомобиль	долл.	долл.	долл.
Образование	долл.	долл.	долл.
Школа и (или) уход за детьми (несовершеннолетними иждивенцами)	долл.	долл.	долл.
Питание	долл.	долл.	долл.
Страхование	долл.	долл.	долл.
Прочие расходы	долл.	долл.	долл.
Общая сумма ежемесячных расходов	долл.	долл.	долл.
Текущий долг за медицинские услуги	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Непогашенный долг за медицинские услуги Cedars-Sinai	долл.	долл.	долл.
Другие долги за медицинские услуги	долл.	долл.	долл.
Активы (за исключением пенсионных счетов)	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Расчетные и сберегательные счета, а также счета в кредитном союзе	долл.	долл.	долл.
Акции и облигации	долл.	долл.	долл.
Депозитные счета денежного рынка и (или) брокерские счета	долл.	долл.	долл.
Депозитные сертификаты	долл.	долл.	долл.
Общая сумма активов	долл.	долл.	долл.

Настоящим удостоверяю, что, насколько мне известно, указанная в этом Заявлении информация является достоверной и полной. Я даю согласие подать заявление на получение любой помощи на уровне штата, а также местном и федеральном уровне, на которую я могу иметь право, чтобы облегчить расходы на оплату больничных счетов и счетов за услуги врачей-специалистов. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена медицинским центром Cedars-Sinai Medical Center и (или) Marina Del Rey Hospital, и разрешаю CSMC/MDRH связаться с третьими лицами для проверки точности информации, предоставленной в данном Заявлении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений или Заявления с существенной ошибкой или упущением я потеряю право на получение финансовой помощи. Если я уже получаю финансовую помощь, она может быть отменена в тот же момент, и я буду отвечать за погашение всей задолженности.

Подпись лица, подающего Заявление о предоставлении финансовой помощи _____

Дата: _____

Подпись супруга (-и), сожителя (-ницы), попечителя (если применимо) _____

Дата: _____