

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (НСАР) / НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ИЛИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента (Фамилия) _____ (Имя) _____ (Отчество) _____	Номер учетной записи _____
Адрес _____	Дата оказания услуги _____
Город и штат _____	Дата рождения пациента _____
Индекс _____ Телефон _____	Номер социального страхования пациента _____
Есть ли у вас медицинская страховка, покрывающая данные услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Проживали ли вы в Огайо на момент оказания услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Являлись ли вы на момент стационарного лечения активным получателем помощи в рамках программы Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите номер плательщика: _____	
Связано ли лечение с дорожно-транспортным происшествием? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Укажите следующие сведения обо всех членах своей семьи, включая себя. Для целей программы НСАР под «членами семьи» подразумеваются пациент, супруг (супруга) пациента (независимо от того, проживают ли они совместно с пациентом или нет).

Имена и фамилии членов семьи	Возраст	Родственные отношения с пациентом	работодателя или источник дохода	Дата приема на работу/дата начала поступления каждого из доходов	Доход за 3 месяцев	Доход за 12 месяцев
(пациент)		от своего имени				
Общий итог:						

Приложите к заявке документы, подтверждающие доходы. Документами, подтверждающими доходы, могут служить квитанции о начислении заработной платы или другие документы, содержащие сведения о доходах за соответствующий период (за 3 месяца или 12 месяцев, предшествовавших дате оказания услуги) или сведения о текущих доходах за 3 месяца или 12 месяцев:

*Если сумма дохода составила \$0,00. США, объясните, за счет каких средств вы существовали. *Если вы не работаете, укажите ваш последний рабочий день.

Стоимость активов

Жилье: Собственное Арендуемое Ежемесячная плата: \$ _____

Остаток на текущем счету: \$ _____ Остаток на накопительном счету: \$ _____

Общий объем капиталовложений: \$ _____ Описание капиталовложений: _____

Стоимость прочих активов: \$ _____ \$ _____

Описание активов (автомобиль, лодка и т. п.) _____

Прочие доходы: \$ _____ Описание прочих доходов: _____

Ежемесячная общая сумма расходов (на аренду жилья, автомобиль, коммунальные услуги, питание и т. п.): \$ _____

Заполненную заявку отправьте по адресу:

OhioHealth CBO Financial Assistance
P.O. Box 7527
Dublin, OH 43016
или по факсу: 614-566-6080
или по электронной почте: customercenter@OhioHealth.com

Для получения дополнительной помощи позвоните по номеру 614-566-1505 или обратитесь к финансовому консультанту в одной из больниц OhioHealth.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является, насколько мне известно, достоверной и точной. Я обязуюсь обращаться во все соответствующие учреждения (Medicaid, Medicare и страховые компании) и предпринимать все разумные меры, необходимые для того, чтобы возместить больнице расходы на мое обслуживание. Финансовая помощь предоставляется в исключительных обстоятельствах. Прежде чем обратиться за помощью, следует прибегнуть к любым другим возможным мерам или источникам оплаты.

Я осознаю, что настоящая заявка (или настоящий бланк) составлена таким образом, чтобы сотрудники больницы, основываясь на определенных критериях, смогли установить, имею ли я право на участие в программе НСАР или на финансовую помощь. Я осознаю, что если какие-либо из предоставленных мною сведений окажутся недостоверными, сотрудники больницы вправе перепроверить мое финансовое положение и принять соответствующие меры. В заявке содержится условие, согласно которому организация OhioHealth при необходимости вправе получать финансовую информацию из других источников, таких как кредитная история пациента, базы данных об объектах недвижимости, и (или) коллекторские агентства.



Подпись заявителя: _____ Дата: _____
Подпись лица, собирающего сведения: _____ Дата: _____