

**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? Если да, укажите номер плательщика:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
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 месяца	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:	<input type="checkbox"/> Собственное	<input type="checkbox"/> 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: _____