

## АППЛИКАЦИЯ/ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Ин.Ср.Им. \_\_\_\_\_ Дата Рожд. \_\_\_\_\_

Фамилия супруга/ги \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Ин.Ср.Им. \_\_\_\_\_ Дата Рожд. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город/Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Social Security Номер \_\_\_\_\_ (Дом.Тел.) \_\_\_\_\_ (Раб.Тел.) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Количество членов семьи \_\_\_\_\_ (количество подопечных внесённых в налоговую декларацию)

За последние 12 месяцев                      За последние 3 месяца

Общий Доход Пациента \_\_\_\_\_

Отдельный Семейный Доход \_\_\_\_\_

Общий Семейный Доход \_\_\_\_\_

Включить доход от зарплат(платёжные квитанции за последние 3 месяца), формы налоговой декларации за предыдущий год,самозанятость, безработица, социал секюрити, пенсия, компенсация, социальная помощь, алименты, процентный доход, рентный доход, пособие ветеранов и др.

Является ли пациент подопечным на дополнительных формах налоговой декларации?    Да                       Нет   
Если да, то прикрепите копию налоговой декларации.

**Дополнительная Финансовая Документация возможно понадобится**  
**Пожалуйста, укажите на детальные изменения в обстоятельствах и доходе семьи за последние (6) шесть месяцев до даты этой аппликации и любые ожидаемые изменения в течении (6) шести месяцев с момента этой аппликации.**

Для того, чтобы подать заявку на Программу Финансовой Помощи MVHS, пожалуйста, заполните эту форму в течении 90 дней со дня выписки из госпиталя, предоставьте всю необходимую документацию о доходах в соответствии с размером вашей семьи. Если от вас требуется оформление на Medicaid, New York Health Exchange или Medicare, вам необходимо сделать это перед тем как мы сможем рассмотреть вашу аппликацию. Если вы не соответствуете Medicaid Страховке по критериям или исполнению их требований, вам может быть отказано в Финансовой Помощи. Бизнес Офис MVHS сделает окончательное письменное решение в течении (30) тридцати рабочих дней после получения заполненной аппликации и всей необходимой документации. Для полной версии правил Финансовой Помощи MVHS, пожалуйста, посетите наш сайт по адресу [mvhealthsystem.org/billingor](http://mvhealthsystem.org/billingor). Если желаете получить копию по почте, звоните FSLH (315) 624-5170 или SEMC (315) 801-3108. Если вы хотите подать апелляцию на решение, пожалуйста, обращайтесь в соответствующий Бизнес Офис. Вы также можете обратиться в NYS DON 1(800)-804-5447 или 1(518)-402-6993.

Я подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной. Также, Я буду обращаться за любой помощью (Medicaid, Medicare, Insurancе и др.) которая доступна для оплаты моей госпитализации и Я буду принимать все возможные меры для получения помощи для того чтобы оплатить счета за госпитализацию. Если любая предоставленная мною информация окажется не правдивой, Я понимаю что госпиталь может пересмотреть мой финансовый статус и предпринять соответствующие меры. Я понимаю что предоставленная мною информация подлежит проверке внутренними аудиторами MVHS.

Дата Подачи Заявки \_\_\_\_\_

Подпись Аппликанта \_\_\_\_\_

### КВАЛИФИКАЦИЯ (для офиса)

Дата Приёма Аппликации \_\_\_\_\_ Период Утверждения \_\_\_\_\_

Активы и Пассивы Пациента не Обязательные для Существования Пересмотренные Кредитным Специалистом \_\_\_\_\_

Полученные документы для подтверждения дохода: W-2's \_\_\_\_\_ Платёжные квитанции \_\_\_\_\_ Другие \_\_\_\_\_

Дата Решения Аппликации \_\_\_\_\_ Утверждено \_\_\_\_\_ Отказано \_\_\_\_\_ Подпись Уполномоч. Лица \_\_\_\_\_

Утверждено: Ряд 1 \_\_\_\_\_ Ряд 2 \_\_\_\_\_ Ряд 3 \_\_\_\_\_ (Смотрите приложение об ответственности пациента)

Обоснование Отказа \_\_\_\_\_