

Заявка на получение финансовой помощи

Инструкции: все поля должны быть заполнены, если не указано иное.

Номер медицинской карты: _____

Информация о пациенте

Фамилия, Имя

Дата рождения

Улица и номер дома

Город, Штат, Почтовый индекс

Номер социального страхования

Домашний телефон

Другой номер телефона

Информация о гаранте

Фамилия, Имя

Дата рождения

Источник дохода

Годовой семейный доход за последние 12 месяцев

Номер социального страхования

Если доход составляет 0 долларов США, выберите один из следующих вариантов:

- Инвалид
- Живет с родственником (родственниками)
- Бездомный
- На пенсии
- Живет с другом (друзьями)
- Безработный

Количество человек в семье

Количество детей в возрасте до 21 года,
проживающих в домохозяйстве

Транспортные средства в домашнем хозяйстве,
включая автомобили, водные судна и дома на колесах

Остаток на текущем или сберегательном счете

Заявка на получение финансовой помощи

Находящаяся во владении недвижимость и ее стоимость

Остаток на счете депозитного сертификата, пенсионном счете или инвестиционном счете

Прочие активы

Прежде чем подписать документ, ознакомьтесь со следующей информацией. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является истинной и точной. Я самостоятельно или с помощью персонала больницы буду обращаться за ВСЕЙ БЕЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПОМОЩЬЮ, которая может предоставляться федеральным правительством, правительством штата, местным правительством и через частные источники, для оплаты этого больничного счета. Я понимаю, что если я не буду предоставлять своему поставщику медицинских услуг запрашиваемую им информацию, моя заявка на получение возможной финансовой помощи может быть отклонена. Настоящим я предоставляю разрешение и полномочия любому аккредитованному представителю программы Medicaid предоставлять моему поставщику медицинских услуг ВСЮ информацию о статусе моей заявки на участие в программе Medicaid, а также о том, что моя заявка не была одобрена, и о причине, по которой моя заявка не была одобрена. Я ПЕРЕДАЮ своему поставщику медицинских услуг ВСЕ СРЕДСТВА, полученные из вышеуказанных источников, которые предназначены для оплаты этого БОЛЬНИЧНОГО СЧЕТА. Я, от своего имени и от имени моих ближайших родственников, уполномоченных представителей, врачей, консультантов (включая священнослужителей) и адвокатов, соглашаюсь хранить в строгой тайне письменную коммуникацию и (или) устные обсуждения между мной и моим поставщиком медицинских услуг по вопросам, касающимся услуг, предоставляемых мне моим поставщиком медицинских услуг. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, подлежит проверке поставщиком медицинских услуг, в том числе бюро кредитных историй, а также проверке ОРГАНАМИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА и (или) ОРГАНАМИ ПРАВИТЕЛЬСТВА ШТАТА и другими организациями в соответствии с установленными требованиями. Я РАЗРЕШАЮ своему работодателю предоставлять моему поставщику медицинских услуг документы, подтверждающие мои доходы. Я ПОНИМАЮ, что если какая-либо предоставленная мной информация, окажется недостоверной, мой поставщик медицинских услуг пересмотрит мое финансовое состояние и примет все подходящие для данного случая меры. Чтобы иметь право на получение помощи, от меня может потребоваться предоставить как минимум один документ, подтверждающий доход моего домохозяйства. Такие подтверждающие документы могут включать в себя, помимо прочего, налоговую декларацию за последний год, действующую форму W-2, нотариально заверенное письмо о предоставлении вам финансовой поддержки и т. д. Если вы не предоставите подтверждающие документы, ваш запрос на получение помощи может быть отклонен. В отношении невыплаченного вами остатка долга могут быть приняты меры по его взысканию. [Лица, подающие заявку на получение помощи в штате Флорида: законодательство штата Флорида, раздел 817.50 (f). Лицо, которое умышленно и намеренно мошенничает, получает или пытается получить товары, продукты, предметы потребления или услуги из любой больницы в этом штате, считается виновным в совершении правонарушения второй степени, в отношении которого предусмотрено наказание, определенное в разделе 775.082 или разделе 775-083.]

Подпись заявителя / гаранта

Дата заполнения

Как подать заявку

| | |
|----------------------|---|
| Почта | AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193 |
| Электронная почта | Financialassist@medsrv.co (только две буквы после точки в адресе электронной почты) |
| Портал для пациентов | https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App |
| Вопросы? | 800-462-0490 |

