

ВВЕДИТЕ НОМЕР (-А) СЧЕТА (-ОВ), УКАЗАННЫЕ В ВАШЕЙ (-ИХ) ВЫПИСКЕ (-АХ):		НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ:	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА			
Имя пациента (фамилия, имя, средний инициал)		Номер социального обеспечения	Дата рождения (месяц/число/год)
Адрес места жительства пациента (улица, город, штат, почтовый индекс)			Округ
Телефон пациента	Семейное положение <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Разведен (-а) <input type="checkbox"/> Женат / замужем <input type="checkbox"/> Не женат / не замужем <input type="checkbox"/> Вдовец (-а)		Фамилия, имя супруга (-и)
ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ **Для подачи заявок от несовершеннолетних пациентов требуется общий доход домохозяйства**			
ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ <i>Если пациент несовершеннолетний: мать, опекун или отчим/мачеха</i>		ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУПРУГА (-И) ИЛИ ДРУГОГО ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА <i>Если пациент несовершеннолетний: отец, опекун или отчим/мачеха</i>	
Статус трудоустройства <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Частичная занятость <input type="checkbox"/> Безработный (-ая) (Укажите имя и номер телефона предыдущего работодателя.)		Статус трудоустройства <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Частичная занятость <input type="checkbox"/> Безработный (-ая) (Укажите имя и номер телефона предыдущего работодателя.)	
Работодатель	Работодатель		
Работодатель Номер телефона	Работодатель Номер телефона		
Количество рабочих часов в неделю	Ставка оплаты труда <input type="checkbox"/> Почасовая <input type="checkbox"/> Недельная <input type="checkbox"/> Двухнедельная <input type="checkbox"/> Месячная <input type="checkbox"/> Годовая	Количество рабочих часов в неделю	Ставка оплаты труда <input type="checkbox"/> Почасовая <input type="checkbox"/> Недельная <input type="checkbox"/> Двухнедельная <input type="checkbox"/> Месячная <input type="checkbox"/> Годовая
Ставка оплаты труда <input type="checkbox"/> Почасовая <input type="checkbox"/> Недельная <input type="checkbox"/> Двухнедельная <input type="checkbox"/> Месячная <input type="checkbox"/> Годовая	Ставка оплаты труда <input type="checkbox"/> Почасовая <input type="checkbox"/> Недельная <input type="checkbox"/> Двухнедельная <input type="checkbox"/> Месячная <input type="checkbox"/> Годовая		
Доход \$	Доход \$		
Дополнительный доход \$	Дополнительный доход \$		
Общий доход домохозяйства пациента: \$ _____ (сумма всех доходов, перечисленных выше)			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Подтверждение дохода: предоставьте подтверждение (отправляйте только копии, а не оригиналы) всех источников дохода домохозяйства. <input type="checkbox"/> Квитанция о начислении заработной платы <input type="checkbox"/> Подтверждение от работодателя <input type="checkbox"/> Запрос кредитной истории (заполняется BSWH) <input type="checkbox"/> Форма IRS W-2 <input type="checkbox"/> Налоговая декларация <input type="checkbox"/> Государственная помощь (продовольственные талоны, CDIC, Medicaid, TANF) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Выписки по банковским счетам <input type="checkbox"/> Письма с назначением выплат социального обеспечения, компенсации вреда здоровью при выполнении трудовых обязанностей или пособия по безработице <input type="checkbox"/> Другое: _____ </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Если Вы не можете предоставить один из перечисленных выше документов, подтверждающих источники дохода, поясните, почему эта информация недоступна: </div>			
ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА: (Укажите общее количество членов домохозяйства пациента.) В это число следует включать только пациента, его супругу / супруга и иждивенцев.			
АКТИВЫ И ДРУГИЕ РЕСУРСЫ			
Имеете ли Вы доступ к каким-либо активам или другим ресурсам? (Например, сберегательные счета, доверительные фонды, акции, облигации, пенсионные счета, паевые фонды и пр.) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите сумму, доступную на настоящий момент: \$		Есть ли у Вас медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите название страховой компании:	
Есть ли у Вас медицинский сберегательный счет или счет гибкой оплаты расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите сумму, доступную на настоящий момент: \$		Если «Да», укажите сумму, доступную на настоящий момент: \$	
Я понимаю, что Baylor Scott & White Health (BSWH) может проверить финансовую информацию, содержащуюся в этой заявке на получение финансовой помощи (далее — Заявка) в связи с проводимой BSWH оценкой настоящей Заявки; своей подписью на этом документе я разрешаю своему работодателю или другому лицу, указанному в настоящей Заявке, подтвердить или предоставить дополнительные подробности в отношении информации, содержащейся в настоящей Заявке. Я также разрешаю BSWH запрашивать мою кредитную историю в бюро кредитной информации и Управлении социального обеспечения. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, сведения, указанные в этой Заявке, являются правдивыми и точными и предоставлены добросовестно. Я осознаю, что фальсификация или искажение информации в этой Заявке может привести к отказу в финансовой помощи. Я также понимаю, что некоторые врачи и поставщики услуг могут не быть сотрудниками BSWH. Я понимаю, что могу получать отдельные счета от таких поставщиков, и данная заявка на получение финансовой помощи не будет распространяться на задолженность по таким счетам.			
Подпись пациента или ответственной стороны		Имя и фамилия (печатными буквами)	
Дата		Дата	
FOR HOSPITAL USE ONLY			
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: _____ Date: _____		<input type="checkbox"/> Patient is part of community care programs Name of Program: _____	