

Номер счета пациента
----------------------

Пациент (фамилия, имя, средний инициал)		Номер социального страхования	
Адрес пациента	Город	Штат	Индекс
Дата рождения (месяц/день/год)		Номер телефона	
Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Работодатель пациента Номер телефона		Работодатель супруга (-и) Номер телефона	
Семейное положение: <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)		<input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> В разводе	
Имя и фамилия супруга (-и)			

Другая непогашенная задолженность Вашего домохозяйства перед Baylor Scott & White Health (укажите ИМЯ И ФАМИЛИЮ и ДАТУ РОЖДЕНИЯ пациента и НАЗВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ)

**\*\* Если не работает, укажите имя и номер телефона предыдущего работодателя. \*\***

<b>А. Доход:</b> Предоставьте сведения о доходе каждого из перечисленных членов Вашего домохозяйства.		Заполните, только если пациент является несовершеннолетним (в противном случае оставьте пустым).	
Пациент <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Неполная занятость – Часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделя <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>	Отец пациента <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Неполная занятость – Часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделя <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>	Супруг(а) <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Неполная занятость – Часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделя <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>	Мать пациента <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Неполная занятость – Часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделя <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>
<b>Общий доход домохозяйства \$ _____</b>		<b>Общий доход домохозяйства \$ _____</b>	

**В. Подтверждение дохода:** Предоставьте подтверждение (*отправляйте только копии, а не оригиналы документов*) всех источников дохода домохозяйства (принимается перечисленная ниже документация). Отметьте прилагаемые документы:

<input type="checkbox"/> Чек на сумму 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)
<input type="checkbox"/> Выписки по банковским счетам	<input type="checkbox"/> Другое (указать ниже)	<input type="checkbox"/> Письма с подтверждением социального обеспечения, компенсации вреда здоровью при выполнении трудовых обязанностей или пособия по безработице

Если Вы не можете предоставить один из перечисленных выше документов, подтверждающих источники дохода, поясните, почему эта информация недоступна:

\_\_\_\_\_

**С. Члены семьи:** Укажите общее количество членов домохозяйства пациента.  
(Это количество должно включать только пациента, супруга (-у) и иждивенцев пациента.)

_____
-------

**Д. 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», текущая доступная сумма: \$ _____
Есть ли у Вас полис медицинского страхования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите название страховщика: _____
Есть ли у Вас медицинский сберегательный счет или счет гибкой оплаты расходов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», текущая доступная сумма: \$ _____

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. Мне известно, что фальсификация или искажение информации в этой Заявке могут привести к отказу в предоставлении финансовой помощи.

Я также понимаю, что не все врачи и поставщики медицинских услуг являются 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
--	-----------------------------------	------

<b>For Hospital Use Only</b>	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	Date
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:	Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name _____

Уважаемый пациент/гарант!

В рамках своих обязательств перед населением Baylor Scott & White Health (BSWH) предоставляет финансовую помощь лицам, которые соответствуют определенным критериям по размеру дохода. С этой целью просим Вас предоставить нам информацию, необходимую для рассмотрения Вашей заявки. Для того чтобы определить, имеете ли Вы право на получение финансовой помощи, нам необходимо следующее:

**Подтверждение дохода**

Подтверждение дохода требуется предоставить пациенту и супруге/супругу пациента (в соответствующем случае) или родителю (родителям), если пациент несовершеннолетний. Просим предоставить копию по меньшей мере одного из следующих документов (перечислены в порядке приоритета): форма W-2 Налоговой службы (IRS) «Справка о полученном доходе и удержанных налогах»; корешок чека на перечисление заработной платы; декларация по подоходному налогу; свидетельство об участии в государственной программе помощи: продовольственные талоны, CDIC, Medicaid или TANF; письмо от работодателя с подтверждением факта трудоустройства и полученного дохода; Справка о пособиях по социальному обеспечению, компенсациях в связи с причинением вреда здоровью при исполнении трудовых обязанностей или письма с решением о предоставлении пособия по безработице; или выписки по банковским счетам. Если Вы не можете предоставить один из перечисленных выше документов, подтверждающих источники дохода, поясните в заявке, почему эта информация недоступна.

**Неоплаченные медицинские счета**

Требуются копии всех неоплаченных медицинских счетов Baylor Scott & White. На рассмотрение принимаются счета за услуги врачей-терапевтов, рентгенологические услуги, услуги других отделений, услуги анестезиологов и т. д. Другие счета за медицинские услуги, оказанные за пределами BSWH, могут приниматься при условии, что они относятся к эпизоду лечения в тот же период.

**Заполненная заявка на получение финансовой помощи**

Для получения финансовой помощи необходимо представить соответствующую заполненную заявку. Просим полностью заполнить форму, включая «Раздел С: Члены семьи» согласно следующим указаниям:

- Если пациент является несовершеннолетним: Укажите пациента, мать и отца пациента, а также лиц, находящихся на иждивении матери и отца пациента.
- Если пациент является совершеннолетним: Укажите пациента, супруга/супругу пациента (в соответствующем случае) и лиц, находящихся на иждивении пациента.

**Обращаем Ваше внимание, что врачи не являются сотрудниками больницы. Вы получите отдельные счета от врачей, услуги которых Вам потребовались. По всем вопросам, связанным с выставлением и порядком оплаты таких счетов, обращайтесь в офис врача.**

Это единственное уведомление, которое будет Вам направлено. Если Вы не предоставите указанную выше информацию, мы не сможем рассмотреть вопрос о предоставлении Вам финансовой помощи и Вам придется оплачивать счета самостоятельно. Если информация, необходимая для предоставления финансовой помощи, или оплата не будут получены, мы рассмотрим вопрос о передаче Вашей задолженности на взыскание в коллекторское агентство, а если Ваша задолженность уже передана в коллекторское агентство, она не будет отозвана. Кроме того, информация о задолженности может быть передана в бюро кредитных историй. Для сохранения рейтинга платежеспособности Вам следует срочно совершить необходимые действия.

По любым вопросам обращайтесь в Отдел обслуживания клиентов (Customer Service) по телефону 1-800-725-0024 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Просим отправить заполненную заявку на получение финансовой помощи и необходимую подтверждающую информацию по адресу:

Baylor Scott & White Health  
Attn: Financial Assistance  
2001 Bryan Street Suite 2600  
2600, Dallas, TX 75201

Благодарим за оперативный отклик на это обращение. Представление указанной документации не гарантирует, что по Вашей заявке на получение финансовой помощи будет принято положительное решение.

С уважением,

Baylor Scott & White Health  
Financial Assistance