

Пациент (фамилия, имя, средний инициал)

Номер социального страхования

Адрес пациента _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

 Семейное положение: Женат (замужем) Не женат (не замужем) Вдовец (вдова)
 Раздельное проживание В разводе

Дата рождения (месяц/день/год) _____ Номер телефона _____

Имя и фамилия супруга (-и) _____

 Трудоустроен (-а) Да Нет

 Трудоустроен (-а) Да Нет

 Работодатель пациента _____
 Номер телефона _____

 Работодатель супруга (-и) _____
 Номер телефона _____

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. **

А. Доход: Предоставьте сведения о доходе каждого из перечисленных членов Вашего домохозяйства.

Заполните, только если пациент является несовершеннолетним (в противном случае оставьте пустым).

 Пациент Полная занятость Неполная занятость – Часов в неделю = _____
 \$ _____ Час Неделя Две недели Месяц Год

 Отец пациента Полная занятость Неполная занятость – Часов в неделю = _____
 \$ _____ Час Неделя Две недели Месяц Год

 \$ _____ **Дополнительный доход**

 \$ _____ **Дополнительный доход**

 Супруг(а) Полная занятость Неполная занятость – Часов в неделю = _____
 \$ _____ Час Неделя Две недели Месяц Год

 Мать пациента Полная занятость Неполная занятость – Часов в неделю = _____
 \$ _____ Час Неделя Две недели Месяц Год

 \$ _____ **Дополнительный доход**

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

-
- Чек на сумму заработной платы
-
- Подтверждение от работодателя
-
- Запрос кредитной истории (заполняется BSWH)
-
-
- Форма IRS W-2
-
- Налоговая декларация
-
- Государственная помощь (продовольственные талоны, CDIC, Medicaid, TANF)
-
-
- Выписки по банковским счетам
-
- Другое (указать ниже)
-
- 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? Да Нет Если «Да», текущая доступная сумма: \$ _____

(Например, сберегательные счета, доверительные фонды, акции, облигации, пенсионные счета, паевые фонды и пр.)

 Есть ли у Вас полис медицинского страхования? Да Нет Если «Да», укажите название страховщика: _____

 Есть ли у Вас медицинский сберегательный счет или счет гибкой оплаты расходов? Да 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 _____

For Hospital Use Only
 Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative _____

Date _____

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:
 Patient is part of community care program Program Name _____