



**Заявление на получение финансовой помощи в Baylor Scott & White Health (BSWH)**

Patient Account Number

Полное имя пациента (фамилия, имя, второй инициал)		Номер социального обеспечения		
Адрес проживания пациента	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ
Дата рождения (месяц/день/год)		Семейное положение:	<input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)	
Номер телефона		<input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруга (-и) <input type="checkbox"/> Разведен (-а)		
Работает <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Полное имя супруга (-и) _____		
Работодатель пациента _____		Работает <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Работодатель супруга (-и) _____		Работодатель супруга (-и) _____		
Номер телефона _____		Номер телефона _____		
Является ли учреждение BSWH, в котором вам были оказаны услуги, ближайшим к вашему основному месту проживания учреждением сети? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если нет, верно ли то, что в ближайшем учреждении сети вам не смогли оказать услуги или не были в этом заинтересованы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				

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

<b>A. Доход.</b> Предоставьте сведения о доходе каждого из перечисленных членов вашего домохозяйства.	
Пациент <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день, часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Нед. <input type="checkbox"/> Две нед. <input type="checkbox"/> Мес. <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>  Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день, часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Нед. <input type="checkbox"/> Две нед. <input type="checkbox"/> Мес. <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>  <p align="center"><b>Общий доход домохозяйства \$ _____</b></p>	<p align="center">Заполните, только если пациент является несовершеннолетним (в противном случае оставьте поле пустым).</p> Отец пациента <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день, часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Нед. <input type="checkbox"/> Две нед. <input type="checkbox"/> Мес. <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>  Мать пациента <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день, часов в неделю = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Нед. <input type="checkbox"/> Две нед. <input type="checkbox"/> Мес. <input type="checkbox"/> Год \$ _____ <b>Дополнительный доход</b>  <p align="center"><b>Общий доход домохозяйства \$ _____</b></p>

<b>B. Подтверждение дохода.</b> Предоставьте подтверждение (отправляйте только копии, а не оригиналы документов) всех источников дохода домохозяйства (принимается перечисленная ниже документация). Отметьте прилагаемые документы:	
<input type="checkbox"/> Подтверждение выплаты заработной платы <input type="checkbox"/> Проверка работодателя <input type="checkbox"/> Форма IRS W-2 <input type="checkbox"/> Налоговая декларация <input type="checkbox"/> Банковские выписки <input type="checkbox"/> Иное (опишите ниже)	<input type="checkbox"/> Запрос кредитной истории (подается BSWH) <input type="checkbox"/> Государственная помощь (продовольственные талоны, CDIC, Medicaid, TANF) <input type="checkbox"/> Письма с расчетами по социальному обеспечению, компенсациям работникам, получившим травмы на производстве, пособию по безработице.
Если в подтверждение источника дохода вы не можете предоставить никакой из указанных выше документов, поясните, по какой причине это невозможно: _____	

<b>C. Члены семьи.</b> Укажите общее количество членов домохозяйства пациента. (Это количество должно включать только пациента, супруга (-у) и иждивенцев пациента.)	<input style="width:100%; height:100%;" type="text"/>
--	---

<b>D. Активы и другие ресурсы</b>			
Располагаете ли вы какими-либо активами или другими ресурсами? (Например, сберегательные счета, доверительные фонды, акции, облигации, пенсионные счета, паевые фонды и пр.)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите текущую доступную сумму: \$ _____
Есть ли у вас медицинская страховка?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите поставщика услуг страхования: \$ _____
Есть ли у вас медицинский сберегательный счет или счет на случай непредвиденных расходов?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите текущую доступную сумму: \$ _____

Я понимаю, что для принятия решения по настоящему заявлению на получение финансовой помощи (далее — заявление) Baylor Scott & White Health (BSWH) может проверить содержащуюся в нем финансовую информацию; подписывая настоящий документ, я разрешаю своему работодателю или другому лицу, указанному в настоящем заявлении, подтвердить или дополнить предоставленные мною сведения. Я также разрешаю BSWH запросить мою кредитную историю в бюро кредитной информации и Управлении социального обеспечения. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, сведения, которые содержатся в настоящем Заявлении, являются правдивыми и точными и предоставлены добровольно. Я понимаю, что фальсификация или искажение информации в настоящем заявлении могут стать основанием для отказа 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 что настоящее заявление на получение финансовой помощи не применимо к задолженности по таким счетам.

Подпись пациента или ответственной стороны	Полное имя (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.	<input type="text"/>
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative	Date
<b>Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:</b>	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name _____ First Statement Date: _____