

Имя и фамилия пациента: _____
 Номер медицинской карты (MRN): _____

 Имя пациента: _____ Фамилия: _____ Инициалы отчества: _____
 Адрес проживания: _____
 Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Страна: _____
 Имя и фамилия главы семьи (если применимо): _____ Кем приходится пациенту: _____
 Домашний телефон пациента: _____ Мобильный телефон пациента: _____
 Рабочий телефон пациента: _____ Адрес эл. почты пациента: _____
 Подтвердите указанный выше адрес. Исправьте при необходимости.

Члены семьи*

Укажите полное имя и дату рождения всех членов семьи. Укажите номер социального страхования члена семьи и кем он приходится заявителю.

Имя <i>Полное имя – имя, инициал отчества, фамилия</i>	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится заявителю	Подает заявление Отметьте галочкой, если да
			САМ	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Необходимо указать, кем приходится заявителю член семьи, а не поручитель.

Например жена, муж, дочь, сын, мать, отец, приемный сын, приемная дочь, двоюродный брат или сестра и т. д.

* Если помимо вышеуказанных есть и другие члены семьи, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

Семейный доход*

Укажите, если вы или член вашей семьи получаете один из следующих видов дохода.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Зарботная плата | <input type="checkbox"/> Алименты | <input type="checkbox"/> Ветеранские льготы |
| <input type="checkbox"/> Доход от самозанятости | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице | <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности/инвалидности |
| <input type="checkbox"/> Социальное пособие | <input type="checkbox"/> Пенсия | <input type="checkbox"/> Компенсация работнику |
| <input type="checkbox"/> Пособие на ребенка | <input type="checkbox"/> Доход от аренды недвижимости/собственности | <input type="checkbox"/> Стипендия I-20 |
| | | <input type="checkbox"/> Другое |

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид <i>Укажите имя (название) работодателя, если применимо.</i>	Сумма	Период <i>Выберите один вариант.</i>	Дата начала	Дата окончания <i>(если применимо)</i>
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		

* Если помимо вышеуказанных есть и другие источники семейного дохода, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

В отношении всего получаемого семейного дохода необходимо предоставить подтверждающую документацию за последние 30 дней, чтобы заполнить данное заявление (т. е. налоговую декларацию, квитанции о начислении заработной платы, письмо-подтверждение, приложения (налоговые формы) для самозанятых, справка о получении пособия на ребенка и т. д.).

 Моя семья не имеет какого-либо трудового или нетрудового дохода

Имя и фамилия пациента: _____

Номер медицинской карты (MRN): _____

Активы/ресурсы*

Укажите, если вы или член вашей семьи располагаете какими-либо из следующих ресурсов.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Текущий(-ие) счет(-а) | <input type="checkbox"/> Депозитный(-ые) сертификат(-ы) | <input type="checkbox"/> Взаимные фонды |
| <input type="checkbox"/> Сберегательный(-ые) счет(-а) | <input type="checkbox"/> Аннуитеты | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Депозитный(-ые) счет(-а) денежного рынка | <input type="checkbox"/> Облигации | |

Укажите следующую информацию для всех перечисленных активов и ресурсов.

Член семьи	Вид	Номер счета	Сумма

* Если помимо вышеуказанных есть и другие активы или ресурсы, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

 В отношении всех перечисленных активов и ресурсов вы должны предоставить подтверждающие документы за последние 30 дней.

 Моя семья не имеет активов и ресурсов, подлежащих декларированию.

Другая информация*

Ответьте на следующие вопросы.

 У пациента есть карта постоянного жителя США? Да Нет

 Получает ли данная семья в настоящее время государственную помощь? Да Нет Если да, укажите следующее:
 Название страховой компании и идентификационный номер: _____

 Пациент подавал заявление на получение государственной помощи за последние 12 месяцев? Да Нет
 Если да, было ли вам отказано в страховом покрытии? Да Нет
 Приложите письмо PA-162 об одобрении/отказе (полученное от Департамента социального обеспечения штата Пенсильвания).

 У пациента есть медицинская страховка? Если вы получите медицинскую страховку, уведомите об этом департамент. Медицинская страховка всегда имеет приоритет над финансовой помощью. Да Нет Если да, укажите следующее:

Название страховой компании и идентификационный номер: _____

Имя и фамилия застрахованного лица: _____ Дата рождения: ____/____/____

* Если помимо вышеуказанной есть и другая важная информация, предоставьте ее на последней странице.

 Имеет ли пациент право на получение любых из перечисленных ниже льгот? Да Нет

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Программа субсидирования школьных обедов | <input type="checkbox"/> Программа субсидирования жилья для малоимущих |
| <input type="checkbox"/> Программа штата по оплате рецептурных лекарств | <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Продовольственные талоны |

Если вы ответили ДА на любой из вышеуказанных вопросов, предоставьте документы, подтверждающие право на получение льгот.

Подпись

 Я подтверждаю, что вышеуказанная информация, насколько мне известно, является верной, полной и точной:
 Подпись заявителя: _____ Дата: _____

ИЛИ

Подпись уполномоченного представителя: _____ Дата: _____

Имя и фамилия уполномоченного представителя: _____ Кем приходится заявителю: _____

Номер телефона уполномоченного представителя: _____ Номер мобильного телефона: _____

Имя и фамилия пациента: _____

Номер медицинской карты (MRN): _____

Члены семьи (продолжение)

Укажите полное имя и дату рождения всех членов семьи. Укажите номер социального страхования члена семьи и кем он приходится заявителю, если известно.

Имя <i>Полное имя – имя, инициал отчество, фамилия</i>	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится заявителю	Подает заявление Отметьте галочкой, если да
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Необходимо указать, кем приходится заявителю член семьи, а не поручитель.

Например жена, муж, дочь, сын, мать, отец, приемный сын, приемная дочь, двоюродный брат или сестра и т. д.

Семейный доход (продолжение)

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид <i>Укажите имя (название) работодателя, если применимо.</i>	Сумма	Период <i>Выберите один вариант.</i>	Дата начала	Дата окончания <i>(если применимо)</i>
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		

В отношении всего получаемого семейного дохода необходимо предоставить подтверждающую документацию за последние 30 дней, чтобы заполнить данное заявление (т. е. налоговую декларацию, квитанции о начислении заработной платы, письмо-подтверждение, приложения (налоговые формы) для самозанятых, справка о получении пособия на ребенка и т. д.).

Активы/ресурсы (продолжение)

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид	Номер счета	Сумма

В отношении всех перечисленных активов и ресурсов вы должны предоставить подтверждающие документы за последние 30 дней.

Другая информация (продолжение)

Ответьте на следующие вопросы.

У пациента есть дополнительная медицинская страховка? Если вы получите медицинскую страховку, уведомите об этом департамент. Медицинская страховка всегда имеет приоритет над финансовой помощью. Да Нет *Если да, укажите следующее.*

Название страховой компании и идентификационный номер: _____

Имя и фамилия застрахованного лица: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____