

Прилагается к документу № 111. Приложение С. Заявка



ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Медицинская карта _____ Телефон _____

Пациент _____ Работодатель _____

Адрес _____

Город, штат, почтовый индекс _____

Укажите общий доход семьи.

| | За последние 12 месяцев | За последние 3 месяца |
|--|-------------------------|-----------------------|
| Валовой доход | | |
| Другие доходы семьи | | |
| Общий доход семьи | | |
| Активы и сбережения, индивидуальный пенсионный счет (IRA), депозитные сертификаты (CD) | | |
| Недвижимость, акции и другие ценные бумаги | | |

Иждивенцы (общее количество домочадцев)

| | Ф. И. О. | Возраст | Характер отношений |
|---|----------|---------|--------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Я подтверждаю, что указанные выше сведения полны и точны, насколько мне известно. Кроме того, я обязуюсь оказывать Медицинскому центру св. Луки необходимое содействие в вопросах, связанных с обращением за любыми видами финансовой помощи (в рамках программ Medicaid, Medicare, страхования и т. д.) для оплаты услуг лечебного учреждения.

Я понимаю, что в соответствии с этой заявкой лечебное учреждение может признать за мной право на неоплачиваемое обслуживание в рамках программы финансовой помощи на основе действующих в нем условий и правил. Я понимаю, что в случае неполноты представленной мною информации лечебное учреждение может пересмотреть оценку моего финансового состояния и принять соответствующие меры.

Я даю разрешение моему банку, кредитному учреждению, страховой компании, работодателю или любому кредитору нижеподписавшегося лица предоставлять по запросу Медицинского центра св. Луки любую информацию по любым вопросам финансового характера, связанным с нижеподписавшимся лицом.

Дата

Подпись заявителя

Я понимаю, что оплата услуг врачей в рамках обслуживания в Медицинском центре св. Луки не покрывается данной программой.