

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Имя заявителя _____
Фамилия Имя Средний инициал

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый код _____ Телефон _____

*Дата(-ы) оказания услуги _____

Номер(-а) лицевого(-ых) счета(-ов) _____

1. Является ли пациент гражданином США? ☐ Да ☐ Нет
2. Был ли пациент жителем штата Ohio во время оказания услуги? ☐ Да ☐ Нет
3. Был ли пациент действующим участником Medicaid во время оказания услуги?
 Если да, укажите идентификационный номер участника Medicaid: _____ ☐ Да ☐ Нет
4. У пациента была медицинская страховка (кроме Medicaid) во время оказания услуги?
 Если да, укажите название страховой компании: _____ ☐ Да ☐ Нет

Предоставьте всю необходимую информацию о заявителе и всех, кто проживает в его доме.

Полное имя	Дата рождения	Кем приходится заявителю	Общий совокупный доход		
			Источник дохода (например, трудовая деятельность, дополнительный социальный доход, поддержка ребенка, алименты)	За 3 месяца до самой старой даты оказания услуги	За 12 месяцев до самой старой даты оказания услуги

Если вы указали \$0 или минимальный доход, ниже предоставьте краткое объяснение того, как вы удовлетворяете свои основные жизненные потребности, в том числе кто предоставляет жилье, продукты питания, транспорт, доступ к коммунальным услугам, одежду и как давно это лицо и (или) организация поддерживают вас.

Источники ДОХОДА (все члены семьи)

Отметьте все подходящие варианты **

- ☐ Копии текущих квитанций о заработной плате и форм W2 за предыдущий год
- ☐ Письмо, подтверждающее право на социальное обеспечение/пенсию/пособие по инвалидности
- ☐ Компенсация по безработице
- ☐ Доход от самозанятости
- ☐ Поддержка детей или алименты
- ☐ Другое: _____

ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ (все члены семьи)

Отметьте все подходящие варианты **

- ☐ Наличные
- ☐ Справка о текущем/сберегательном счете
- ☐ Другое: _____

**** Если отмечен какой-либо пункт, необходимо загрузить/предоставить подтверждающие документы**

Верните эту форму вместе с подтверждающими документами по адресу:

Avita Health System
 Attn: Patient Services
 269 Portland Way S
 Galion, OH 44833
 Факс: 419-462-4582

Для получения помощи позвоните по номеру:
 419-468-0512

Я понимаю, что если я намеренно предоставил(-а) ложную информацию или утаил(-а) какую-либо информацию, меня могут привлечь к ответственности за мошенничество. Подписывая данное заявление, я даю разрешение на передачу любой информации, необходимой для определения моего соответствия критериям, в том числе для подтверждения адреса, кредитной проверки в национальном кредитном бюро, проверки активов через окружного налогового инспектора и подтверждения всех перечисленных льгот.

Подпись _____ Дата _____