

ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Ім'я заявника _____
Прізвище _____ Ім'я _____ Середній ініціал _____

Вулиця та номер будинку _____

Місто _____ Штат _____ Поштовий індекс _____ Телефон _____

*Дата(-и) надання послуг _____

Номер(-и) облікового запису _____

- Чи є пацієнт(-и) громадянином(-ами) США? ☐ Так ☐ Ні
- Чи був пацієнт(-и) резидентом(-ами) штату Ohio на момент надання послуг? ☐ Так ☐ Ні
- Чи був(-ли) пацієнт(-и) активним(-и) отримувачем(-ами) Medicaid на момент надання послуг?
Якщо так, вкажіть ідентифікаційний(-і) номер(-и) отримувача Medicaid: _____ ☐ Так ☐ Ні
- Чи мав(-ли) пацієнт(-и) медичне страхування (окрім Medicaid) на момент надання послуг?
Якщо так, вкажіть назву страхування: _____ ☐ Так ☐ Ні

Надайте всю необхідну інформацію про заявника та всіх, хто проживає в його/її будинку.

Повне ім'я	Дата народження	Ким є заявнику	Загальний валовий дохід		
			Джерело доходу (наприклад, працевлаштування, соціальне страхування, допомога на дитину, аліменти)	3 місяці до найдавнішої дати надання послуг	12 місяців до найдавнішої дати надання послуг

Якщо ви вказуєте \$0 або мінімальний дохід, надайте нижче коротке пояснення, як ви задовольняєте основні життєві потреби, включаючи інформацію про те, хто забезпечує вас житлом, їжею, транспортом, одягом, сплачує комунальні послуги, і як довго ви отримуєте підтримку від цієї особи (осіб) та (або) організації(-ій).

ДОХІД ВІД (всіх членів сім'ї)

Позначте вся застосовні варіанти **

- ☐ Копії поточних платіжних відомостей та W2 за попередній рік
- ☐ Лист про отримання соціального забезпечення / пенсії / допомоги по інвалідності
- ☐ Допомога по безробіттю
- ☐ Дохід від самозайнятості
- ☐ Допомога на дитину або аліменти
- ☐ Інше: _____

ЛІКВІДНІ АКТИВИ (всіх членів сім'ї)

Позначте вся застосовні варіанти **

- ☐ Готівка
- ☐ Виписка з поточного/ощадного(-их) рахунку(-ів)
- ☐ Інше: _____

**** Якщо позначено, вам буде потрібно завантажити/надати підтверджувальну документацію**

Надішліть цю форму з підтверджувальним документами за адресою:

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

Якщо вам необхідна допомога, звертайтеся за телефоном: 419-468-0512

Я розумію, що якщо я навмисно надан неправдиву інформацію або приховуватиму будь-яку інформацію щодо будь-якої ситуації, мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності за шахрайство. Підписуючи цю заяву, я надаю дозвіл на розкриття будь-якої інформації, необхідної для визначення моєї відповідності вимогам, включаючи, серед іншого, підтвердження адреси, перевірку кредитної історії через національне кредитне бюро, перевірку активів через Округового податкового оцінювача (County Tax Assessor) та підтвердження усіх зазначених видів допомоги.

Підпис _____ Дата _____