P.O. Box 1259 * State College, PA 16804-1259 *814.234.6171 * www.mountnittany.org

Медицинский центр Маунт-Ниттани / Терапевтическое отделение Маунт-Ниттани

Заявление на благотворительную (бесплатную) медицинскую помощь

Внесите все требуемые данные и приложите все необходимые документы, чтобы мы могли содействовать выполнению процедуры подачи заявления.

СВЕДЕНИЯ О ГЛАВЕ СЕМЬИ

Имя главы семьи: _____

Адрес главы семьи: _____

_____

Номер социального обеспечения главы семьи: _____

Номер телефона главы семьи: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНУЮ (БЕСПЛАТНУЮ) МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

ИМЯ ПАЦИЕТА	ДАТА ВМЕШ.	№ СЧЕТА	ОСТАТОК
		ИТОГО	

Не вмещающиеся последующие счета вносить на обратной стороне этой формы.

ЗАПОЛНИТЕ ПП. 1, 2, 5 И ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОХОД ДОКУМЕНТЫ, УКАЗАННЫЕ В ПП. 3, 4.

1. Обращался за медицинской помощью: ☐ Нет; ☐ Да Дата: _____
2. Численность семьи: _____
3. Приложить налоговую декларацию за 2017 г.: _____
4. Приложить корешки зарплатных чеков с датами: _____
5. Общий доход семьи (приложить подтверждающие документы) $_____

(В общий доход семьи включаются социальные выплаты, пособие по инвалидности, пособие студентам, пособие на малолетних детей и все иные виды дохода, получаемого всеми проживающими совместно членами семьи.)

*******ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ БЕЗ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВСЕХ ВИДОВ ДОХОДА НЕ ДОПУСКАЕТСЯ*******

Я подтверждаю, что насколько мне известно, указанная мной информация является полной и достоверной.

_____

Подпись и дата

НЕ ВНОСИТЬ ЗАПИСИ ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ)

____ Ваше заявление на бесплатную медицинскую помощь **удовлетворено.** Дата_____ Категория А ☐ Категория В ☐

____ Ваше заявление на благотворительную (бесплатную) медицинскую помощь **отклонено**. Дата_____

____ Ваше заявление на благотворительную (бесплатную) медицинскую помощь отклонено по следующей причине: _____

____ Ваше заявление на благотворительную (бесплатную) медицинскую помощь не соответствует требованиям. Предоставьте следующие данные, чтобы мы могли содействовать выполнению этой процедуры:

____ Приведенная налоговая декларация за 2014 г. *не соответствует требованиям.*

____ Приведенные корешки зарплатных чеков *не соответствуют требованиям.*

____ Приведенная численность семьи *не соответствует требованиям.*

***Примечание. Доплаты программой благотворительной (бесплатной) медицинской помощи не предусмотрены. Ответственность несет пациент. ***

Прочее: _____Подпись исполнителя_____

Заполненное заявление отправьте по адресу: Mount Nittany Medical Center, P.O.Box 1259, State College, PA 16804-1259