Абонентский ящик 1259 * Государственный колледж, Пенсильвания 16804-1259 *814.234.6171 * www.mountnittany.org

Медицинский центр Mount Nittany / Группа врачей Mount Nittany

Заявка на предоставление финансовой помощи

Просьба внести всю запрашиваемую ниже информацию и прикрепить необходимые документы, чтобы мы могли помочь вам с оформлением заявки

ИНФОРМАЦИЯ О ГЛАВЕ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Имя главы домохозяйства: _____

Адрес главы домохозяйства: _____

_____

Номер телефона главы домохозяйства: _____

ЗАЯВКА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ СЧЕТОВ

ИМЯ ПАЦИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА УСЛУГИ	№ СЧЕТА	БАЛАНС
			ВСЕГО	

Если для перечисления дополнительных счетов требуется больше места, пожалуйста, используйте оборот документа.

ПРОСЬБА ЗАПОЛНИТЬ ПУНКТЫ 1, 2 И 5, А ТАКЖЕ ПРИКРЕПИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА, ЗАПРАШИВАЕМОЕ В ПУНКТАХ 3 И 4

1. Обращались за медицинской помощью: ☐ Нет ☐ Да Дата: _____
2. Размер семьи: _____
3. Прикрепите налоговую декларацию за последний год и последнюю форму W2: _____
4. Прикрепите ведомость о зарплате от: _____
5. Общий доход домохозяйства (прикрепите подтверждение): _____ долларов США

(Общих доход домохозяйства включает социальные выплаты, выплаты по инвалидности, помощь студентам, пособия на ребенка, а также любые другие доходы всех людей, проживающих в домохозяйстве).

*******НЕ ПОДАВАЙТЕ ЗАЯВКУ БЕЗ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВСЕХ ДОХОДОВ*******

☐ Я подтверждаю, что вся вышеуказанная информация является верной и точной, в меру моей компетентности.

_____

Подпись Дата

НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ БОЛЬНИЦЫ)

____ Ваша заявка на предоставление финансовой помощи была **Одобрена.** Дата: _____ ☐ Категория A ☐ Категория B

____ Ваша заявка на предоставление финансовой помощи была **Отклонена**. Дата: _____

____ Ваша заявка на предоставление финансовой помощи была отклонена по причине: _____

____ Ваша заявка на предоставление финансовой помощи не полная. Просьба предоставить следующие данные, чтобы мы могли вам помочь:

____Налоговая декларация не была получена *как требуется выше*

____ Ведомость о зарплате не была получена *как требуется выше*

____ Данные о размере семьи не были получены *как требуется выше*

Обратите внимание: Доплаты не покрываются программой финансовой помощи. Ответственность несет пациент.

Другое: _____ Подпись поставщика: _____

Просьба отправить заявку по адресу: Медицинский центр Mount Nittany, А/Я 1259, Государственный колледж, Пенсильвания 16804-1259