

## Заявление о предоставлении финансовой помощи в штатах Колорадо и Монтана

### Инструкции по заполнению формы:

Для рассмотрения заявления заполните эту форму и представьте все необходимые документы в учреждение сети медицинского обслуживания Intermountain, где вы проходили лечение, или по одному из контактных адресов, указанных выше. Лицам, не подавшим заявление, финансовая помощь не предоставляется.

### Предоставьте следующие документы:

1. Заявление о предоставлении финансовой помощи: заполненное, подписанное и датированное.
2. Подтверждение текущего дохода семьи, указанного ниже.

**Являетесь ли вы резидентом Колорадо?** Да  Нет  **Кол-во членов семьи** \_\_\_\_\_ **Вы бездомные?** Да  Нет

**Имя и Фамилия** \_\_\_\_\_ **Номер социального страхования** \_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_ Дом. тел. \_\_\_\_\_ Моб. тел. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почт. индекс \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Служ. тел. \_\_\_\_\_

Стаж работы у указанного работодателя: \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ мес.

Периодичность оплаты (укажите) Еженедельно \_\_\_\_\_ Раз в две недели \_\_\_\_\_ Два раза в месяц \_\_\_\_\_ Ежемесячно \_\_\_\_\_

**Имя супруга (супруги)** \_\_\_\_\_ **Номер социального страхования супруга (супруги)** \_\_\_\_\_ **Дата рождения супруга (супруги)** \_\_\_\_\_

Дом. тел. супруга (супруги) \_\_\_\_\_ Моб. тел. супруга (супруги) \_\_\_\_\_

Место работы супруга (супруги) \_\_\_\_\_ Служ. тел. \_\_\_\_\_

Стаж работы у указанного работодателя: \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ мес.

Периодичность оплаты (укажите) Еженедельно \_\_\_\_\_ Раз в две недели \_\_\_\_\_ Два раза в месяц \_\_\_\_\_ Ежемесячно \_\_\_\_\_

### Прочие члены семьи / иждивенцы. Укажите всех прочих иждивенцев в отдельной прилагаемой форме.

Имя и фамилия	Дата рождения	Номер социального страхования	Степень родства

### Текущий месячный доход семьи

Тип	Сумма пациента	Сумма супруга (супруги)	Прочие взрослые члены семьи	Тип требуемого подтверждения дохода
Доход от занятости (брутто)	\$	\$	\$	Копия последней на данный момент платежной ведомости <u>или</u> письмо от работодателя(ей) с указанием общего заработка за последний или текущий месяц
Доход от самозанятости (брутто)	\$	\$	\$	Отчет о прибылях и убытках или бухгалтерские книги за предыдущий или текущий месяц. Налоговая декларация за текущий период, если применимо.
Пенсия, пенсионные накопления, социальное обеспечение	\$	\$	\$	Копия <u>официального</u> письма (писем) о назначении пособия, пенсионных выплатах, выплатах с пенсионных счетов и т. д. с указанием ежемесячного дохода.
Пособия по безработице, инвалидности и т.п.	\$	\$	\$	Копия <u>официального</u> письма (писем) о назначении пособия
Прочее (укажите источники): _____	\$	\$	\$	Например: чаевые, премии и комиссионные

Дополнительные вопросы: ответы на эти вопросы помогут избежать отложения рассмотрения вашего заявления до получения дополнительной информации.	Да	Нет
<p>Есть ли в вашем домохозяйстве беременные?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Кто именно из женщин в составе домохозяйства беременна? _____</p> <p>Предполагаемая дата родов: _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Оказываете ли вы финансовую поддержку в размере 50 и более процентов лицу, проживающему отдельно, которое хотело бы быть включенным в состав вашего домохозяйства (такое лицо может проживать за пределами штата / страны)?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Получаете ли вы или кто-либо из членов вашей семейной ячейки государственные пособия? (например, талоны на питание, WIC или бесплатные или льготные обеды)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Имеется ли у вас или у членов вашего домохозяйства медицинская страховка?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Если да, укажите название вашей страховой компании _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Подавали ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства заявление о получении материальной помощи в рамках программ Medicaid, Medicare или CHIP+?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Если да, укажите дату подачи заявления _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Связаны ли какие-либо ваши медицинские счета в наших учреждениях с дорожно-транспортным происшествием или несчастным случаем на производстве?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Если да, укажите страховую компанию _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Получаете ли вы услуги по программам Medical Healthshare или Cost Share?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Если да, предоставьте объяснение долевого участия (EOS) _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

**Настоящим заявляю, что, насколько мне известно, информация, приведенная в настоящем документе, является достоверной и правильной. Мне понятно, что перед принятием решения компания Intermountain Health требует подтверждения дохода.**

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Контрольный список всей необходимой информации для**

- Заполненное, подписанное и датированное заявление о предоставлении финансовой помощи.
- Подтверждение доходов домохозяйства.