



## Swedish Covenant Hospital

Благодарим вас за обращение в больницу Swedish Covenant Hospital для получения медицинской помощи.

Это важно. ВОЗМОЖНО, ВЫ СМОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНЫЙ УХОД ИЛИ УХОД СО СКИДКОЙ. Заполнение данного заявления поможет больнице Swedish Covenant Hospital определить, сможете ли вы получить бесплатные услуги или услуги со скидкой или стать участником других государственных программ, которые могут помочь вам оплатить медицинский уход. Пожалуйста, отправьте это заявление в больницу.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНЫЙ УХОД ИЛИ УХОД СО СКИДКОЙ. Однако номер социального страхования необходим для некоторых государственных программ, включая «Медикейд». Предоставление номера социального страхования не требуется, но оно поможет больнице определить, отвечаете ли вы критериям каких-либо государственных программ.

Пожалуйста, заполните данную форму и отправьте ее в больницу лично, по почте, по электронной почте или по факсу, чтобы подать заявление о бесплатном уходе или уходе со скидкой в течение 60 дней после даты выписки или получения амбулаторного ухода.

Пациент признает, что он или она добросовестно предоставил(а) всю информацию, запрашиваемую в заявлении, чтобы помочь больнице определить, отвечает ли пациент критериям получения финансовой помощи.

Если было предположительно установлено, что вы соответствуете критериям получения финансовой помощи на основании вашего дохода, вам не потребуется предоставлять информацию о ваших расходах.

Я подтверждаю, что информация, представленная в данном заявлении, является точной и правдивой, насколько мне известно. Я подам заявление на любую помощь штата, федеральную или местную помощь, критериям которой я могу соответствовать, чтобы оплатить данный больничный счет. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена больницей, и я разрешаю больнице связаться с третьими сторонами, чтобы подтвердить точность

предоставленной информации. Я понимаю, что если я сознательно предоставлю ложную информацию в данном заявлении, я не буду отвечать критериям получения финансовой помощи, что любая финансовая помощь, предоставленная мне, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

---

Пациент/подпись заявителя/дата



Swedish Covenant Hospital

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Дата подачи заявления: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Номер(а) счета(-ов): \_\_\_\_\_

Общий баланс пациента: \_\_\_\_\_

Крайний срок предоставления информации: \_\_\_\_\_

### Заявление пациента

Число членов семьи пациента \_\_\_\_\_

Число лиц, находящихся на иждивении пациента \_\_\_\_\_

Возраст лиц, находящихся на иждивении пациента \_\_\_\_\_

**Укажите текущий заработок и доход (за неделю, за две недели, за месяц, за год)**

Пациент \_\_\_\_\_

Супруг(а) \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

Комментарий: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Активы и предположительная информация о стоимости актива, ограниченная следующим:**

Расчетный(-е) счет(а): \_\_\_\_\_

Сберегательный(-е) счет(а): \_\_\_\_\_

Акции: \_\_\_\_\_

Депозитные свидетельства: \_\_\_\_\_

Паевые инвестиционные фонды: \_\_\_\_\_

Автомобили: \_\_\_\_\_

Недвижимое имущество: \_\_\_\_\_

Медицинский сберегательный счет/сберегательный счет на случай непредвиденных расходов: \_\_\_\_\_

**Информация о ежемесячных расходах и предположительные суммы расходов, ограниченные:**

Проживанием: \_\_\_\_\_

Коммунальными услугами:

Электричеством \_\_\_\_\_

Теплоэнергией \_\_\_\_\_

Водой \_\_\_\_\_

Питанием: \_\_\_\_\_

Поездками: \_\_\_\_\_

Уходом за ребенком: \_\_\_\_\_

Ссудами: \_\_\_\_\_

Если пациент удовлетворяет предположительному критерию соответствия, установленному в разделе 4500.40, или иным образом является предположительно соответствующим критериям на основании дохода пациента, пациенту не потребуется заполнять части заявления, касающиеся информации о месячных затратах и предположительной сумме расходов, указанной в подразделе (g).

Я подтверждаю, что информация, представленная в данном заявлении, является точной и правдивой, насколько мне известно. Я подам заявление на любую помощь штата, федеральную или местную помощь, критериям пригодности которой я могу отвечать, чтобы оплатить данный больничный счет. Я понимаю, что предоставленная информация может быть подтверждена больницей, и я разрешаю больнице связываться с третьими сторонами, чтобы подтвердить точность предоставленной мной информации. Я понимаю, что если я сознательно предоставлю ложную информацию в данном заявлении, я не буду отвечать критериям получения финансовой помощи, что любая финансовая помощь, предоставленная мне, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

\_\_\_\_\_  
Пациент/подпись заявителя/дата