



0332C

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

1. Заполните **все** поля в приложенном бланке заявления. Если запрашиваемая информация не относится к Вам, напишите «N/A» (НЕ ОТНОСИТСЯ) в соответствующем поле.
2. Если для ответа на какой-либо вопрос Вам требуется больше места, приложите дополнительный лист.
3. При подаче заявления Вы должны предоставить документы, подтверждающие Ваши доходы. Для подтверждения доходов принимаются указанные ниже документы.

Если Вы подали федеральную налоговую декларацию (federal income tax return), Вы должны предоставить копию следующего документа:

- a. Federal income tax return (форма 1040) за последний год. Вы должны предоставить все вложения и дополнения, которые Вы подавали в Федеральную налоговую службу.

Если Вы не подавали federal income tax return, предоставьте следующие документы:

- a. Два (2) последних корешка чеков из чековой книжки.
- б. Письмо с объяснением, почему Вы не подаете federal income tax return.

Если у Вас нет доходов или документов, подтверждающих доходы, Вам необходимо подать письмо с объяснением, как Вы обеспечиваете себя (свою семью).

4. Рассмотрение вашего заявления на получение помощи начнется только после предоставления всей требуемой информации.
5. Financial Assistance Application вместе со всеми требуемыми приложениями необходимо подать в течение **четырнадцати (14) дней**.
6. Вы должны поставить свою подпись и дату на заполненном бланке Financial Assistance Application. Если информацию подает пациент или ответственное лицо вместе с супругом (супругой), заявление должны подписать они оба.
7. Если у Вас есть вопросы, обращайтесь в отдел обслуживания пациентов по тел. (909) 651-4177 с 9:00 до 17:00 с понедельника по четверг и с 9:00 до 14:00 по пятницам (кроме выходных и праздничных дней). В выходные и праздничные дни, а также в нерабочее время в будние дни обращайтесь за помощью к представителю регистратуры.
8. Заполненный бланк Financial Assistance Application и все необходимые документы высылайте по адресу:

Loma Linda University Children's Hospital
Patient Business Office
P.O. Box 907
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Children's Hospital
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
INSTRUCTIONS

Стр. 1 из 3

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Заполнение этого бланка необходимо, чтобы определить, имеет ли пациент (ответственное лицо) право на получение финансовой помощи в соответствии с правилами предоставления скидок или благотворительной помощи медицинского центра Loma Linda University Children's Hospital.

**ИМЯ ПАЦИЕНТА/
ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА** _____

**ИМЯ
СУПРУГА/СУПРУГИ** _____

АДРЕС

ТЕЛЕФОН
Домашний: _____
Рабочий: _____

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
Пациент/ответственное лицо _____

Супруг/супруга _____

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (укажите всех иждивенцев, которых Вы обеспечиваете)

Имя	Возраст	Степень родства

СТАТУС ТРУДОУСТРОЙСТВА

Работодатель пациента

или ответственного лица

Должность пациента _____

или ответственного лица _____

Контактное лицо _____

работодателя _____

Контактный телефон _____

работодателя _____

Работодатель супруга или супруги

Должность супруга или супруги _____

Контактное лицо _____

работодателя _____

Контактный телефон _____

работодателя _____



ДОХОДЫ

	Пациент или поручитель	Супруг или супруга
1. Заработная плата и оклад за год (до уплаты налогов)	\$ _____	\$ _____
2. Доход от самостоятельной предпринимательской деятельности за год	\$ _____	\$ _____
3. Другой доход:		
а. Проценты и дивиденды	\$ _____	\$ _____
б. Доход от сдачи в аренду недвижимости	\$ _____	\$ _____
в. Социальное обеспечение	\$ _____	\$ _____
г. Алименты	\$ _____	\$ _____
д. Пособие на ребенка	\$ _____	\$ _____
е. Пособие по безработице или инвалидности	\$ _____	\$ _____
ж. Государственное пособие	\$ _____	\$ _____
з. Все другие источники (приложите список)	\$ _____	\$ _____
Общий доход (сумма доходов из строк 1–3з выше)	\$ _____	\$ _____

НЕСТАНДАРТНЫЕ РАСХОДЫ

Предоставьте информацию о любых нестандартных расходах, как например: счета на оплату медицинских услуг, расходы, связанные с банкротством, судебные издержки или выплаты по решению суда (приложите соответствующий список).

Описание	Сумма

Подписываясь ниже, я (мы) заявляю(-ем), что, насколько мне (нам) известно, вся предоставленная информация является верной и точной. Я (мы) разрешаю(-ем) медицинскому центру LLUCH проверять любую информацию, указанную в этом заявлении. Я (мы) даю (даем) явно выраженное согласие на обращение к моему (нашему) работодателю.

Подпись пациента или ответственной стороны

Степень родства с пациентом Дата

Подпись супруга или супруги

Дата



Loma Linda University Children's Hospital
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
INSTRUCTIONS

Стр. 3 из 3

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА