

Укажите всю требуемую информацию. Если вопрос не имеет к вам отношения, укажите "Н/Д" При необходимости приложите дополнительные страницы.\*

### СВЕДЕНИЯ ДЛЯ СКРИНИНГА

Вам нужен переводчик?  Да  Нет Если «Да», укажите язык: \_\_\_\_\_

Пациент подавал заявление на участие в программе Medicaid?  Да  Нет

Пациент является получателем социальной помощи со стороны штата, например, услуг по "Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям" (TANF), основных продуктов питания (Basic Food), услуг по "Программе для женщин и детей из семей с недостаточным доходом" (WIC)?  Да  Нет

Пациент является в настоящее время бездомным?  Да  Нет

Необходимость в медицинском обслуживании пациента связана с автомобильной аварией или производственной травмой?  Да  Нет

### ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать вам право получения финансовой помощи, даже если вы подали заявление.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и попросить вас предоставить дополнительные сведения или документы, подтверждающие доход.
- В течение 14 календарных дней после получения заполненного вами заявления и документации мы сообщим вам о том, соответствуете вы требованиям для получения помощи или нет.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

имя пациента		второе имя пациента		фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской пол <input type="checkbox"/> Женский пол <input type="checkbox"/> Другое (можете уточнить _____)		Дата рождения		Счет №	
Лицо, ответственное за уплату по счету		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)	
Почтовый адрес				Основной контактный номер (номера) телефона	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Город	Штат	Почтовый индекс		Адрес электронной почты: _____	
Статус занятости лица, ответственного за уплату по счёту					
<input type="checkbox"/> Трудоустроен (дата трудоустройства _____) <input type="checkbox"/> Безработный (период времени в статусе безработного: _____)					
<input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое ( _____ )					

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите всех членов семьи, проживающих с вами, включая себя. «Семья» включает лиц, связанных кровными узами, узами брака или усыновления, проживающих вместе.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_ При необходимости приложите дополнительную страницу

Полное имя	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если в возрасте 18 лет или старше: Наименование работодателя (-лей) или источник дохода	Если в возрасте 18 лет или старше: Общий ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Данное лицо также является заявителем на получение финансовой помощи?
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет

Выберите адрес учреждения, в которое вы обращались:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Hospitals | <input type="checkbox"/> MultiCare Inland Northwest Hospitals | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics     |
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Clinics   | <input type="checkbox"/> MultiCare Rockwood Clinics           | <input type="checkbox"/> ABC Clinics              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

\*Начиная с 1 марта 2018 г., визиты в клиники MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care и MultiCare Urgent Care Clinic больше не покрываются программой финансовой помощи MultiCare

# БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ – КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

(продолжение)

## СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** Вы обязаны приложить к заявлению документацию, подтверждающую доходы.

**Вы обязаны предоставить сведения о доходах вашей семьи. Примерами источников дохода являются:**

- Заработная плата - Пособие по безработице - Самостоятельная занятость - Компенсация при производственной травме  
- Пособие по инвалидности - SSI (Программа дополнительной помощи для людей с ограниченным доходом) - Алименты на ребёнка/супругу/супруга - Программы «Учись и работай» (для студентов) - Пенсия - Распределяемая прибыль с пенсионного счёта - Другое (пожалуйста, поясните \_\_\_\_\_)

**Подтверждение дохода необходимо для установления права на получение финансовой помощи.**

**Все члены семьи в возрасте от 18 лет и старше обязаны предоставить сведения о доходах. Если вы не можете приложить документацию, то можете предоставить подписанное письменное заявление с описанием вашего дохода. Предоставьте документы, подтверждающие получение дохода из всех указанных вами источников.**

**Примерами документации, подтверждающей доход, являются:**

- Форма W-2 (выписка об удержании налогов); или
- Квитанции о начислении заработной платы за последние 3 месяца; или
- Налоговая декларация о доходах за последний год, включая приложения, если применимо; или
- Подписанные письменные заявления от работодателей или других лиц; или
- Разрешение/отказ в выплате пособия по безработице.

Если у вас нет документации, подтверждающей доход, или доход отсутствует, то приложите дополнительную страницу с объяснением.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

На отдельной странице укажите прочую информацию о вашем текущем финансовом положении, которую вы сочтёте необходимой, например, о финансовых трудностях, сезонном или временном доходе или личной утрате.

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что MultiCare Health System может проверить информацию путём пересмотра сведений о моей кредитоспособности или запроса информации из других источников с целью определения соответствия критериям финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведённая выше информация является достоверной и точной. Я понимаю, что в случае установления, что предоставленная мною информация является ложной, мне будет отказано в финансовой помощи, и я буду вынужден оплатить оказанные мне услуги.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата