

Будь ласка заповніть форму повністю. Якщо інформація не застосовується, вкажіть «Н/З» (не застосовується). У разі необхідності додайте додаткові сторінки.\*

**СКРИНІНГОВА ІНФОРМАЦІЯ:**

Вам потрібен перекладач?  Так  Ні Якщо так, зазначте мову, якій надаєте перевагу:

Чи подавав пацієнт заяву на отримання Medicaid?  Так  Ні

Чи отримує пацієнт соціальну допомогу від штату, через такі програми, як TANF (тимчасова допомога нужденним сім'ям), Basic Food (програма з допомоги харчуванням) або WIC (програма для жінок, немовлят і дітей)?  Так  Ні

Чи є пацієнт на даний момент безпритульним?  Так  Ні

Чи пов'язані потреби пацієнта в медичному обслуговуванні з автомобільною аварією або травмою на виробництві?  Так  Ні

**БУДЬ ЛАСКА, ЗАУВАЖТЕ**

- Ми не можемо гарантувати Вам, що Ви отримаєте фінансову допомогу навіть у раз подання заяви.
- Після одержання Вашої заяви, ми зможемо перевірити всю інформацію і попросити Вас надати додаткову інформацію або документи, що підтверджують Ваш дохід.
- Протягом 14 календарних днів після отримання заповненої заяви та документів, ми повідомимо Вас, чи відповідаєте Ви критеріям отримання фінансової допомоги.

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА**

ім'я		друге ім'я		прізвище	
<input type="checkbox"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка <input type="checkbox"/> Інше (можна зазначити _____)		Дата народження		Рахунок №	
Особа, відповідальна за сплату рахунку		до	Дата народження	Номер соціального страхування (optional)	
Поштова адреса				Основний (-ні) контактний телефон (-и) ( ) _____ ( ) _____ Адреса ел. пошти:	
Місто	Штат	Поштовий індекс			
Статус працевлаштування особи, відповідальної за сплату рахунку					
<input type="checkbox"/> Працює (дата працевлаштування: _____) <input type="checkbox"/> Не працює (скільки часу не працює: _____) <input type="checkbox"/> Самозайнятий <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Непрацездатний <input type="checkbox"/> Пенсіонер <input type="checkbox"/> Інше ( _____)					

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю**

Вкажіть членів сім'ї, які проживають разом з Вами, включаючи себе. «Сім'я» включає осіб, пов'язаних між собою за фактом народження, шлюбним зв'язком чи за фактом усиновлення, які проживають разом.

**РОЗМІР СІМ'Ї** \_\_\_\_\_

Долучіть додаткові сторінки, якщо необхідно

Повне ім'я	Дата народження	Родинний зв'язок з пацієнтом	Якщо 18 років або більше: Назва роботодавця (-ів) або джерело прибутку	Якщо 18 років або більше: Сукупний місячний дохід бруто (до сплати податків)	Також подає заяву на отримання фінансової допомоги?
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Будь ласка, зазначте місце знаходження закладу, в який Ви зверталися:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 |

\* З 1 березня 2018 р. відвідування закладів MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care та MultiCare Urgent Care Clinics не покривається програмою фінансової допомоги MultiCare.

# ФОРМА ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ - КОНФІДЕНЦІЙНО

(продовження)

## ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД:

**ПАМ'ЯТАЙТЕ:** До заяви Ви повинні додати документи, що підтверджують Ваш дохід.

**Ви повинні надати інформацію про дохід Вашої сім'ї. Джерела доходу включають наступне:**

- Заробітна плата - Допомога по безробіттю - Індивідуальна трудова діяльність - Компенсація робітникам, що отримали травму на виробництві - Допомога по непрацездатності - Соціальні виплати (SSI) - Аліменти на дитину/дружину/чоловіка
- Програми «навчайся і працюй» (студенти) - Пенсія - Виплати з пенсійного рахунку - Інше (будь ласка пояснить\_ )

**Перевірка доходів необхідна для визначення розміру фінансової допомоги.**

**Всі члени родини віком старше 18 років повинні подати інформацію про свій дохід. Якщо Ви не можете надати документи, Ви можете підготувати лист, в якому описується Ваш дохід, і підписати його. Надайте підтвердження для кожного зазначеного джерела доходу.**

**Приклади підтвердження доходу:**

- Форма про утримання податків "W-2"; або
- Поточні квитанції про нарахування заробітної плати (за 3 місяці); або
- Податкова декларація за минулий рік, в тому числі додаткові форми, якщо застосовується; або
- Письмові, підписані документи від роботодавців або інших осіб; або
- Позитивне /негативне рішення щодо надання допомоги по безробіттю.

Якщо у Вас немає підтвердження свого доходу або немає доходу, додайте сторінку з поясненням.

## ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Якщо Ви бажаєте надати нам іншу інформацію про Вашу поточну фінансову ситуацію, наприклад, скрутне фінансове становище, сезонний або тимчасовий прибуток чи особисту втрату, будь ласка, використайте додаткову сторінку.

## ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що компанія MultiCare Health System може перевірити інформацію шляхом перевірки інформації про кредитоспроможність та отримання інформації з інших джерел з метою прийняття рішення щодо відповідності критеріям для надання фінансової допомоги чи встановлення графіку виплат.

Я підтверджую, що вищенаведена інформація є правдивою і точною на основі відомої мені інформації. Я розумію, що в разі, якщо надану мною інформацію буде визнано неправдивою, мені буде відмовлено у фінансовій допомозі, і я буду зобов'язаний(-а) сплатити вартість наданих мені послуг.

\_\_\_\_\_

Підпис заявника

\_\_\_\_\_

Дата