

## Заявление на получение финансовой помощи Номер (-а) расчетного счета пациента:

**Важно: вы можете иметь возможность получить бесплатное обслуживание или скидку.**

Если вы заполните настоящее заявление, NorthShore University HealthSystem (NorthShore) сможет определить, имеете ли вы право на получение бесплатных услуг или скидки, на участие в других государственных программах, которые могут снизить затраты на лечение. Если вы не застрахованы, номер социального страхования не требуется для получения скидки или бесплатного обслуживания. Тем не менее номер социального страхования требуется для некоторых государственных программ, включая Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, но он может помочь системе NorthShore определить, имеете ли вы право участвовать в каких-либо программах.

Пожалуйста, заполните эту форму как можно скорее после момента предоставления услуги, чтобы система NorthShore смогла определить, имеете ли вы право на получение финансовой помощи. NorthShore сможет принять ваше заявление в течение 240 дней после выставления первого счета за лечение.

Пациент подтверждает, что он или она добросовестно сделал (-а) все возможное для предоставления всей запрашиваемой информации в заявлении, чтобы система NorthShore могла определить право пациента на получение финансовой помощи.

ИНСТРУКЦИИ: полностью заполните заявление и подпишите разрешение на проверку информации.					
ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ					
Эл. адрес					Количество членов семьи, включая пациента
Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения		Номер социального страхования
Улица	Кв. №	Город	Страна	Индекс	Домашний телефон
Место работы			Почтовый адрес места работы		Мобильный телефон
Город	Страна		Индекс	Совокупный месячный доход	Рабочий телефон
Супруг/ГАРАНТ или один/ОБА РОДИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РЕБЕНКА (в соответствующих случаях)					
Эл. адрес				Степень родства к паци	Дата рождения
Фамилия	Имя		Отчество		Номер социального страхования
Улица	Кв. №	Город	Страна	Индекс	Домашний телефон
Место работы			Почтовый адрес места работы		Мобильный телефон
Город	Страна		Индекс	Совокупный месячный доход	Рабочий телефон

### Предполагаемое наличие права

**Незастрахованные** пациенты, которые подпадают под один из Критериев предполагаемого наличия права, перечисленных ниже, в индивидуальном порядке или с помощью льгот, которые предоставляются их Семьям, автоматически получают право на получение **бесплатного лечения без предоставления каких-либо справок о доходах**. Если это возможно, мы проверим наличие права в электронном виде. Но может возникнуть потребность в том, чтобы вы подтвердили ваше право.

### Отметьте необходимые поля:

- ПРОГРАММА ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, МЛАДЕНЦАМ И ДЕТАМ ИЗ СЕМЕЙ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ДОХОДОМ (WIC)
- ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЭНЕРГОСНАБЖЕНИИ ЛЮДЕЙ С НИЗКИМ ДОХОДОМ (LIHEAP) АМЕРИКАНСКАЯ ПРОГРАММА
- льготной покупки продуктов (SNAP)
- МУНИЦИПАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
- ПРОГРАММА БЕСПЛАТНЫХ ЗАВТРАКОВ/ОБЕДОВ В ШТАТЕ ИЛЛИНОЙС
- БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
- ЗАКЛЮЧЕННЫЕ
- ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TANF)

**Заявление на получение финансовой помощи** Номер (-а) расчетного счета пациента:

---

- БЕЗДОМНЫЕ
- ЛИЧНОЕ БАНКРОТСТВО (Дело № \_\_\_\_\_. ДАТА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ: \_\_\_\_\_)
- УМЕРШИЕ, БЕЗ ИМУЩЕСТВА
- ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К РЕЛИГИОЗНОМУ ОРДЕНУ И ОБЕТ БЕДНОСТИ
- ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, но не в день предоставления услуг или не для оплаты этих услуг
- ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ АРЕНДНОГО ЖИЛОГО ФОНДА от Управления жилищного хозяйства штата Иллинойс
- ПСИХИЧЕСКАЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ, в отсуствии кого-либо, кто мог бы действовать от имени пациента

**\*\* Если вы подтвердите Предполагаемое обладание правом, вам не нужно предоставлять никакие справки о доходах. Необходимо только подписать Подтверждение заявителя на следующей странице.**

**Информация о доходах:**

Пожалуйста, предоставьте нижеперечисленные документы (в соответствующих случаях). В противном случае срок рассмотрения вашего заявления может увеличиться или ваше заявление может быть отклонено.

Следующие документы следует предоставлять для заявителя, супруга/партнера заявителя или для родителя либо опекуна, если заявитель/пациент несовершеннолетний. Если у вас нет возможности предоставить документы, подтверждающие ваш доход, пожалуйста, заполните письмо об обеспечении на последней странице настоящего заявления.

**Если вы работаете:**

- копия последней налоговой декларации;
- копии двух последних справок о начислении заработной платы;
- копии двух последних банковских выписок по текущим, депозитным и кредитным счетам.

**Если вы являетесь самозанятым лицом:**

- копия последней налоговой декларации;
- копии двух последних банковских выписок по текущим, депозитным и кредитным счетам.

**Если вы не работаете:**

- копия последней налоговой декларации;
- копии письма о назначении пособия по безработице с указанием суммы выплаты;
- письмо от вашего последнего работодателя с указанием даты увольнения;
- подтверждение письма об обеспечении (заполненного письма на последней странице настоящего заявления).

**Если вы являетесь студентом очной формы обучения:**

- подтверждение зачисления в ВУЗ (включая письмо из колледжа или университета с подтверждением вашего статуса студента очной формы обучения или документацию по стоимости обучения/финансовую документацию).

**Если вы являетесь пенсионером или инвалидом:**

- копия последней налоговой декларации (в соответствующих случаях);
- копия письма о назначении пособия из Управления социального страхования с указанием ежемесячной суммы выплаты;
- копии двух последних банковских выписок по текущим, депозитным и кредитным счетам.

**Подтверждение другого дохода, который не относится к заработной плате.**

Предоставьте следующую информацию при условии ее применимости к вашему финансовому положению:

- письмо об обеспечении от супруга и/или ребенка;
- доход от сдачи имущества в аренду;
- доход от инвестиционного имущества;
- любой другой источник, не перечисленный выше.

## Заявление на получение финансовой помощи Номер (-а) расчетного счета пациента:

### Информация о семье

Количество человек в семье	
Количество человек, находящихся на иждивении пациента	
Возраст лиц, которые находятся на иждивении пациента	

### Другая информация

Если у вас есть дополнительные документы, которые могут помочь системе NorthShore принять решение относительно вашего заявления, такие как крупные неоплаченные счета, которые говорят о финансовых трудностях, пожалуйста, предоставьте эти документы (например, телефонные счета, счета за электричество, медицинские счета, банковские выписки или контрольные отчеты и т. д.).

### Подтверждение заявления

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является точной и достоверной, насколько мне известно. Я буду подавать заявление на получение любой помощи на государственном, федеральном или местном уровне, на которую я могу иметь право, чтобы оплатить счет от NorthShore. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена NorthShore, и я разрешаю NorthShore связываться с третьими лицами с целью проверки достоверности информации, содержащейся в настоящем заявлении. Я понимаю, что, если я сознательно предоставлю ложную информацию в настоящем заявлении, я буду лишен права на получение финансовой помощи, а также любая финансовая помощь, предоставленная мне ранее, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату счета NorthShore.

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

Подать заполненные заявления с помощью:	Нужна помощь? Мы можем помочь.
<p><b>Почтовый адрес:</b> NorthShore University HealthSystem Отдел оказания финансовых услуг пациентам 60076-9877, штат Иллинойс, Скоки, оф. 330, а/я 1006 (Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877)</p> <p><b>Факс:</b> (847) 982-6957</p> <p><b>При передаче лично в руки:</b> доставить финансовому консультанту больницы при посещении через центральную регистратуру</p>	<p><b>Позвоните по номеру (847) 570-5000</b></p> <p><b>или встретьтесь с финансовым консультантом больницы, которого можно найти на центральной регистрационной стойке больницы</b></p>
<p><b>Шведская больница:</b></p> <p><b>Почтовый адрес:</b> Шведская больница Центр оказания финансовых услуг 5145 N. California Ave. Чикаго, штат Иллинойс 60625</p> <p><b>Факс:</b> (773) 878-6838</p> <p><b>При передаче лично в руки:</b> доставить финансовому консультанту больницы при посещении Центра оказания финансовых услуг</p>	<p><b>Шведская больница:</b></p> <p><b>Позвоните по номеру (773) 989-3841</b></p> <p><b>или встретьтесь с финансовым консультантом больницы при посещении Центра оказания финансовых услуг</b></p>

Заявление на получение финансовой помощи  
Номер (-а) расчетного счета пациента: \_\_\_\_\_

**Заявление об обеспечении проживания и питания/Подтверждение письма об обеспечении**

Настоящий бланк заполняется лицом, которое обеспечивает проживание и питание, исключительно для заявителя, если он/она проживает с лицом, которое не является его законной супругой/ее законным супругом.

В настоящее время я обеспечиваю питание и проживание

\_\_\_\_\_  
(укажите имя заявителя печатными буквами)

Адрес обеспечения проживания и питания:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я обеспечиваю денежное содержание в сумме \_\_\_\_\_ долларов США в неделю/месяц (обведите применимый вариант)

Другие формы обеспечения (пожалуйста, объясните)

\_\_\_\_\_

ФИО и адрес лица, которое предоставляет обеспечение (укажите печатными буквами)

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

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

Подпись лица, предоставляющего обеспечение: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_