



Swedish Covenant Hospital

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

Важная информация. 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 воспользоваться другими государственными программами, которые смогут 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 требуется 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, а затем передайте ее в больницу лично, отправьте по 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.

Пожалуйста, приложите документы, подтверждающие доход. Примеры подтверждающих документов (предоставьте любые, подходящие Вам): действующие справки о начислении заработной платы, квитанции доходов от индивидуальной трудовой деятельности, копии пособия по безработице, копии пенсионного пособия, список выплат с места работы или другие документы. Если Ваш работодатель(-и) выплачивает(-ют) зарплату наличными, в этом заявлении укажите доходы за последние два платежных периода.

Если Вам потребуется помощь при заполнении, обратитесь в Офис кредитных услуг (773-989-3841). Заполненные заявления можно отправить по почте или по факсу по следующему адресу:

Swedish Covenant Hospital
Attention: Financial Service Center
5145 N. California Avenue
Chicago, IL 60625

Факс: 773-878-6838

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.

СЕРТИФИКАЦИЯ

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