



Личная и конфиденциальная информация

Уважаемый(-ая) patient,

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали Trinity Health Mid-Atlantic в качестве своего поставщика медицинских услуг. Заполните прилагаемую заявку и верните ее по указанному ниже адресу, чтобы завершить процесс оценки Вашего соответствия критериям получения финансовой помощи.

Если у Вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с нашим Центром клиентской поддержки по телефону 800-494-5797 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по восточному времени.

С уважением,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Заполните и подпишите форму заявки и верните ее в течение 10 дней, приложив копии следующих документов:

Документы, необходимые для проверки

- ☐ Подтверждение валового дохода за последний месяц
- ☐ Полные банковские выписки за последние два месяца по всем банковским счетам, включая все страницы (пояснения относительно пополняемых вкладов)
- ☐ Недавние налоговые декларации (форма 1040 с Приложением C, E или F) или отчеты о прибылях и убытках за три месяца (для самозанятых/иждивенцев)

Предоставьте следующую информацию или документы, если необходимо

- ☐ Последняя форма W2 для сезонного дохода
- ☐ Пособие по безработице/письмо об отказе
- ☐ Доход от алиментов/пособия на ребенка
- ☐ Нет дохода – заполните в заявке раздел с письмом о финансовой поддержке.

Информация о пациенте

Имя и фамилия пациента		Дата рождения	
Номер социального страхования/EIN (необязательно)	Мобильный номер телефона	Другой номер телефона	
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты	Жителем какого штата вы являетесь		
Семейное положение ☐ Холост/ не замужем ☐ Женат/замужем ☐ Разведен/разведена ☐ Другое _____			
Подаете ли вы федеральную налоговую декларацию? ☐ Да ☐ Нет Если нет, то почему?		Можете ли вы быть признаны иждивенцем согласно налоговой декларации другого человека ☐ Да ☐ Нет	
Имели ли вы или ваши иждивенцы медицинскую страховку на момент получения услуги? ☐ Да ☐ Нет (предоставьте копию страхового полиса)			
Вы зарегистрированы и проживаете в США? ☐ Да ☐ Нет ☐ Предпочитаю не отвечать			
Члены семьи, включая вас, согласно вашим последним налоговым декларациям	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Указаны в налоговой декларации (Да/Нет) [

Подтверждение дохода для всех членов семьи [Income Verification for all household members]

Источник ежемесячного дохода	Кто это получает?	Валовой ежемесячный доход (до уплаты налогов)	Источник ежемесячного дохода	Кто это получает?	Валовой ежемесячный доход (до уплаты налогов)
Заработная плата			Компенсация работающим		
Социальное обеспечение/инвалидность			Безработный [		
Пенсия			Пособие на ребенка/алименты		
Самозанятый			Доход от сдачи земли в аренду		
Социальное обеспечение			Другое		

Письмо о финансовой поддержке. Заполняется только лицом, оказывающим поддержку

- ☐ Я оплачиваю более 50% бытовых расходов пациента, но не могу помочь с оплатой медицинских счетов.
- ☐ Подписывая это письмо, я подтверждаю, что приведенная выше информация верна, и я никоим образом не буду нести ответственность за счета пациента. Если у вас есть вопросы, свяжитесь со мной по телефону _____ (номер телефона)

Имя и фамилия лица, оказывающего поддержку

Степень родства с пациентом

Подпись лица, оказывающего поддержку

Дата

ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДОВ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, указанная в настоящем заявлении, является полной и достоверной. Я понимаю, что предоставленная информация подлежит проверке. Я буду нести ответственность за оплату любых услуг, предоставленных аффилированными организациями Trinity Health, если вышеуказанная информация предоставлена под ложным предлогом.

Подпись пациента : _____ Дата: _____

Или подпись официального опекуна (если применимо): _____ Дата : _____

Степень родства с пациентом : _____ Дата : _____

Отправьте заявку по указанному выше адресу, отправьте документы по факсу 312-871-3350 или загрузите через портал MyChart (портал для пациентов) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с нашим Центром клиентской поддержки по номеру 800-494-5797 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по восточному времени.