

## **КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Личная и конфиденциальная информация

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали Saint Alphonsus Health System 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

От имени Saint Alphonsus Health System

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

**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 С, Е 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 <input type="checkbox"/> Холост/ не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Разведен/разведена <input type="checkbox"/> Другое _____			
Подаете ли вы федеральную налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, то почему?	Можете ли вы быть признаны иждивенцем согласно налоговой декларации другого человека <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Имели ли вы или ваши иждивенцы медицинскую страховку на момент получения услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (предоставьте копию страхового полиса)			
Вы зарегистрированы и проживаете в США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать			
Члены семьи, включая вас, согласно вашим последним налоговым декларациям	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Указаны в налоговой декларации (Да/Нет)[

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

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/алимент		
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)

<b>Имя и фамилия лица, оказывающего поддержку</b>	<b>Степень родства с пациентом</b>
<b>Подпись лица, оказывающего поддержку</b>	<b>Дата</b>

### 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.