

АППЛИКАЦИЯ/ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Фамилия пациента _____ Имя _____ Ин.Ср.Им._____ Дата Рожд._____

Фамилия супруга/ги _____ Имя _____ Ин.Ср.Им._____ Дата Рожд._____

Адрес _____ Город/Штат _____ Индекс _____

Social Security Номер _____ (Дом.Тел.) _____ (Раб.Тел.) _____

Работодатель_____

Количество членов семьи _____ (количество лиц, проживающих в доме заявителя)

За последние 12 месяцев

За последние 3 месяца

Общий Доход Пациента _____

Отдельный Семейный Доход _____

Общий Семейный Доход _____

Включить доход от зарплат(платёжные квитанции за последние 3 месяца),формы налоговой декларации за предыдущий год,самозанятость, безработица, социал секюрити, пенсия, компенсация, социальная помощь, алименты, процентный доход, рентный доход, пособие ветеранов и др.

Является ли пациент подопечным на дополнительных формах налоговой декларации? Да Нет
 Если да, то прикрепите копию налоговой декларации.

Дополнительная Финансовая Документация возможно понадобится

Пожалуйста,укажите на детальные изменения в обстоятельствах и доходе семьи за последние (6) шесть месяцев до даты этой апликации и любые ожидаемые изменения в течении (6) шести месяцев с момента этой апликации.

Для того, чтобы подать заявку на Программу Финансовой Помощи MVHS, пожалуйста,заполните эту форму в течении 90 дней со дня выписки из госпиталя, предоставте всю необходимую документацию о доходах в соответствии с размером вашей семьи. Если от вас требуется оформление на Medicaid, New York Health Exchange или Medicare, вам необходимо сделать это перед тем как мы сможем рассмотреть вашу апликацию. Если вы не соответствуете Medicaid Страховке по критериям или исполнении их требований, вам может быть отказано в Финансовой Помощи. Бизнес Офис MVHS сделает окончательное письменное решение в течении (30) тридцати рабочих дней после получения заполненой апликации и всей необходимой документации. Для полной версии правил Финансовой Помощи MVHS , пожалуйста, посетите наш сайт по адресу mvhealthsystem.org/billingor. Если желаете получить копию по почте, звоните FSLH (315) 624-5170 или SEMC (315) 801-3108. Если вы хотите подать апелляцию на решение,пожалуйста, обращайтесь в соответствующий Бизнес Офис. Вы также можете обратиться в NYS DOH 1(800)-804-5447 или 1(518)-402-6993.

Я подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной.Также, Я буду обращаться за любой помощью (Medicaid, Medicare, Insurance и др.) которая доступна для оплаты моей госпитализации и Я буду принимать все возможные меры для получения помощи для того чтобы оплатить счета за госпитализацию.Если любая предоставленная мною информация окажется не правдивой, Я понимаю что госпиталь может пересмотреть мой финансовый статус и предпринять соответствующие меры.Я понимаю что предоставленная мною информация подлежит проверке внутренними аудиторами MVHS.

Дата Подачи Заявки

Подпись Аппликанта

КВАЛИФИКАЦИЯ (для офиса)

Дата Приёма Аппликации _____ Период Утверждения _____

Активы и Пассивы Пациента не Обязательные для Существования Пересмотренные Кредитным Специалистом_____

Полученные документы для подтверждения дохода: W-2's____ Платёжные квитанции ____ Другие _____

Дата Решения Аппликации _____ Утверждено _____ Отказано _____ Подпись Уполномоч. Лица_____

Утверждено: Ряд 1 _____ Ряд 2 _____ Ряд 3 _____ (Смотрите приложение об ответственности пациента)

Обоснование Отказа _____