

**БОЛЬНИЦА NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Имя и фамилия пациента _____ Дата рождения _____

 Фамилия Имя Средний инициал

Адрес _____

 Номер дома, улица и квартира Город Штат Индекс

Телефон (_____) _____ Род занятий _____ Место работы _____

Рабочий адрес _____ Рабочий телефон _____

Доход: укажите ваш доход, доход вашего (-ей) супруга (-и) и других членов семьи по следующим статьям.

Тип дохода	Общий доход за последние 3 месяца	Общий доход за последние 12 месяцев
Заработная плата		
Доход от предпринимательской деятельности		
Государственные пособия		
Выплаты социального обеспечения		
Пособие по безработице/компенсация в связи с травмой на рабочем месте		
Алименты		
Алименты на содержание детей		
Пенсия		
Доход от дивидендов		
Итого		

Согласно правилам больницы вы должны подать документы, подтверждающие указанный вами доход. Такими документами могут быть квитанции о начислении заработной платы, письмо от работодателя (если применимо), форма 1040 и т. д.

Размер семьи: лица, проживающие в вашем домохозяйстве

Имя и фамилия	Возраст	Степень родства

Примечание: при необходимости используйте дополнительную страницу.

ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАНО В БОЛЬНИЦУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ В ПЕРИОД ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И СБОРА ПЛАТЕЖЕЙ.

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПОДАЛИ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НИЖЕ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПЛАЧИВАТЬ СЧЕТА ДО ПОЛУЧЕНИЯ ОТ БОЛЬНИЦЫ ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ.

ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРОЧТИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ НИЖЕ.

НАСТОЯЩИМ Я ПОДАЮ ЗАПРОС НА ВЫНЕСЕНИЕ БОЛЬНИЦЕЙ NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МОЕГО ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ О МОЕМ ЕЖЕГОДНОМ ДОХОДЕ И РАЗМЕРЕ СЕМЬИ, КОТОРУЮ Я УКАЗЫВАЮ В ЗАЯВЛЕНИИ, БУДЕТ ПРОВЕРЕНА БОЛЬНИЦЕЙ. Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, ЧТО, ЕСЛИ УКАЗАННАЯ МНОЙ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРИЗНАНА НЕДОСТОВЕРНОЙ, МНЕ БУДЕТ ОТКАЗАНО В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И С МЕНЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЗЫСКАНА ПЛАТА ЗА ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО, СОГЛАСНО ИМЕЮЩИМСЯ У МЕНЯ СВЕДЕНИЯМ, ВЫШЕУКАЗАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И КОРРЕКТНОЙ. КРОМЕ ТОГО, НАСТОЯЩИМ Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ БОЛЬНИЦЕ NEWYORK-PRESBYTERIAN РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер счета _____

Заполненное заявление необходимо направить по адресу:

Больница NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital
 3 Expressway Plaza, Suite 200
 Roslyn Heights, NY 11577
 Или по ФАКСУ: (516) 801-8504