

**БОЛЬНИЦА NEWYORK-PRESBYTERIAN
ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Имя и фамилия пациента _____ Дата рождения _____

 Фамилия Имя 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		
Пособия по программам социального обеспечения		
Пособия по безработице / компенсация в связи с травмой на рабочем месте		
Алименты		
Пособие на содержание ребенка		
Пенсия		
Доход от дивидендов		
Всего		

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 вашей семье

Имя и фамилия	Возраст	Степень родства

Примечание: при необходимости используйте дополнительную страницу.

ДАННАЯ ЗАЯВКА МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАНА В БОЛЬНИЦУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ В ПЕРИОД ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И СБОРА ПЛАТЕЖЕЙ.

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПОДАЛИ ЗАПОЛНЕННУЮ ЗАЯВКУ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НИЖЕ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПЛАЧИВАТЬ СЧЕТА ДО ПОЛУЧЕНИЯ ОТ БОЛЬНИЦЫ ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕЙ ЗАЯВКЕ.

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

НАСТОЯЩИМ Я ПОДАЮ ЗАПРОС НА ПРИНЯТИЕ БОЛЬНИЦЕЙ NEWYORK-PRESBYTERIAN 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 ЗАЯВКЕ, БУДЕТ ПРОВЕРЕНА БОЛЬНИЦЕЙ. Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, ЧТО, ЕСЛИ УКАЗАННАЯ МНОЙ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРИЗНАНА НЕДОСТОВЕРНОЙ, МНЕ БУДЕТ ОТКАЗАНО В ПОЛУЧЕНИИ 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 НАСТОЯЩЕЙ ЗАЯВКОЙ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер счета _____

Заполненную заявку необходимо направить по адресу:

NewYork-Presbyterian Patient Financial Services
 100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753
 Att.: George Plunkett
 ИЛИ ПО ФАКСУ НА НОМЕР (516) 801-8504