NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

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: ваш, вашего (-ей) супруга (-и) и других членов семьи по указанным 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 или компенсация в связи с производственной травмой либо профзаболеванием		
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 дополнительный лист.

ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖНО ПОДАТЬ В БОЛЬНИЦУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ В ПЕРИОД ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И СБОРА ПЛАТЕЖЕЙ.

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

ЧТОБЫ ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ, ПРОЧТИТЕ ИЗЛОЖЕННОЕ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЕ И ПОСТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ.

НАСТОЯЩИМ Я ПРОШУ БОЛЬНИЦУ NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL ВЫДАТЬ ПИСЬМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО МОЕГО СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ПОЛУЧЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ. 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 ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И С МЕНЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЗЫСКАНА ПЛАТА ЗА ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, ВЫШЕУКАЗАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И КОРРЕКТНОЙ. КРОМЕ ТОГО, НАСТОЯЩИМ Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ БОЛЬНИЦЕ NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер счета _____

Заполненное заявление необходимо отправить почтой по следующему адресу:

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: Financial Aid Department
Или по ФАКСУ: (516) 801-8504