

NEWYORK-PRESBYTERIAN 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 / компенсация в связи с производственной травмой/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 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 ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ПРОЧТИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ И ПОСТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ НИЖЕ.

НАСТОЯЩИМ Я ПРОШУ БОЛЬНИЦУ NEWYORK-PRESBYTERIAN 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 РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер счета _____

Заполненное заявление необходимо отправить почтой по такому адресу:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753

Att: George Plunkett

или передать по ФАКСУ на номер (516) 801-8504