SSMHealth Rehabilitation Network

Форма заявки на получение финансовой помощи

ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Впишите печатными буквами ваше полное имя, адрес на момент получения медицинской помощи и другую информацию, указанную в этом разделе.

Номер счета _____ Дата(-ы) обслуживания _____

Имя пациента: _____

ФАМИЛИЯ ИМЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ

Адрес: _____ Город: _____ Округ: _____

ДОМ И УЛИЦА

Штат проживания: _____ Почт. индекс: _____ Дата рожд.: _____ / ____ / _____ Сем. положение: ☐ Холост ☐ Женат ☐ Разведен

Основной номер телефона: (_____) _____ ☐ Дом. ☐ Моб. ☐ Раб. ☐ Другой _____

Адрес эл. почты:

Медицинская страховка на дату услуги: ☐ Отсутствует ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Другая _____

ВТОРОЙ РАЗДЕЛ: СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД И АКТИВЫ

Укажите свой доход, доход вашего(-ей) супруга(-и) и всех других членов семьи (если применимо).

Источник дохода	Всего за 3 месяца до оказания услуги	Всего за 12 месяцев до оказания услуги
Заработная плата/Самозанятость	$	$
Социальное обеспечение	$	$
Пенсия, дивиденды, проценты, доход от аренды	$	$
Пособие по безработице, компенсация работникам	$	$
Пособие на ребенка, алименты (только если пациент является непосредственным получателем)	$	$
Другой	$	$

Итого чистые активы (активы - долг) на дату подачи заявки: $ _____

ТРЕТИЙ РАЗДЕЛ: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И ДОХОД

Укажите всех членов вашей семьи и дату их рождения.

Предоставьте следующую информацию касательно всех ваших членов семьи, которые живут в вашем доме. Для целей HCAP семья определяется как пациент, супруг(а) пациента и все дети пациента до 18 лет (родные или приемные), которые проживают в доме пациента. Если пациенту не исполнилось 18 лет, семья включает пациента, родного(-ых) или приемного(-ых) родителя(-ей) пациента и детей (родных или приемных) младше 18 лет родителя(-ей), которые проживают в доме пациента.

Имя членов семьи, включая пациента	Дата рождения	Родство к пациенту
1. Пациент		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что все указанное мной в данной заявке и во всех приложениях, является верным.

Подпись ответственной стороны: x _____ Дата: _____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что данная заявка была проверена и утверждена мной

Подпись главного врача больницы: x _____ Дата: _____

Отправьте заполненную заявку по адресу: **SSM Rehabilitation Hospital**

12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700