



## Заявление в Миннесотскую сеть детских лечебных учреждений (Children's) на оказание финансовой помощи

Отметьте ниже все, что относится к вам

Minneapolis  St. Paul  Minnetonka  HTC  Homecare  Children's Hugo  Metro Peds  Partners in Pediatrics  Children's West St. Paul  Heart Clinic

К настоящему заявлению обязательно приложить копию последней федеральной налоговой декларации (с приложениями).			
Имя и фамилия		Дата рождения	Телефон
Адрес с указанием улицы и номера дома		Город	Штат
Почтовый индекс			
Семейное положение <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Проживаю раздельно по закону	Имя и фамилия супруга (супруги)	Дата рождения	Число лиц на иждивении (включая себя)
Имеется ли страховое медицинское покрытие у пациентов Children's, от имени которых вы обращаетесь за финансовой помощью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Число членов домохозяйства. (Сюда следует включить: пациента (-ов), от имени которых вы обращаетесь; всех лиц, указанных в вашей налоговой декларации; всех проживающих вместе с вами членов семьи.)			
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	
Сведения о трудоустройстве (трудоустроенности)			
Заявитель: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Домохозяин (-хозяйка) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Безработный (-ая) <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Другое:			
Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Домохозяин (-хозяйка) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Безработный (-ая) <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Другое:			
Поставьте галочку в этой графе, если вы обращаетесь за оказанием медицинской помощи и хотите, чтобы вам перезвонил консультант по финансовым вопросам и оказал помощь <input type="checkbox"/> Поставьте галочку в этой графе, если вы уже обратились за медицинской помощью через MNsure.org и прилагаете к этому заявлению подтверждение такого обращения <input type="checkbox"/> Поставьте галочку в этой графе, если вы обращаетесь НЕ за медицинской помощью, а просите применить скидки для пациентов, не имеющих страхового медицинского покрытия			
<b>Прочитайте и поставьте свою подпись</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Я (мы) настоящим заявляю (-ем), что, насколько мне (нам) известно, предоставленные в настоящем финансовом заявлении сведения являются точными и полными. Я (мы) понимаю (-ем), что такая информация относится к строго конфиденциальной и не будет раскрыта третьим сторонам, не имеющим отношения к Миннесотской сети детских лечебных учреждений, без моего (нашего) специального на это разрешения в письменной форме.</li> <li>• Я (мы) настоящим даю (-ем) разрешение Миннесотской сети детских лечебных учреждений получать, если это необходимо в ходе рассмотрения настоящего заявления с целью применения к нему правила о покрытии неоплаченной части счета или снижении оплаты за предоставленное медицинское обслуживание, в федеральных и штатных органах власти сведения по трудоустройству и доходам, включая сведения из агентства по трудоустройству.</li> <li>• Я обязуюсь сообщать в Миннесотскую сеть детских лечебных учреждений о любых существенных изменениях в предоставленных здесь сведениях.</li> </ul>			
Подпись заявителя:			Дата:
Подпись созаявителя:			Дата:
For Financial Counseling Use Only: Processed by/date _____ NH _____ GAI \$ _____			
Date Received _____ Reviewed by/date _____ FPL _____ % Discount _____ %			