



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:				
<input type="checkbox"/> 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				
Прочитайте и поставьте свою подпись				
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Я обязуюсь сообщать в Миннесотскую сеть детских лечебных учреждений о любых существенных изменениях в предоставленных здесь сведениях. 				
Подпись заявителя:				Дата:
Подпись созаявителя:				Дата:
For Financial Counseling Use Only: Processed by/date _____ HH _____ GAI \$ _____				
Date Received _____ Reviewed by/date _____ FPL _____ % Discount _____ %				
<input type="checkbox"/> Non-covered service discount <input type="checkbox"/> 30% Discount <input type="checkbox"/> 44% Discount <input type="checkbox"/> Exception only Data Entry: <input type="checkbox"/> Database <input type="checkbox"/> Cerner <input type="checkbox"/> Invision <input type="checkbox"/> Profit				