



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	
Адрес с указанием улицы и номера дома		Город	Штат
Семейное положение ☐ Не женат (не замужем) ☐ В разводе ☐ Женат (замужем) ☐ Проживаю раздельно по закону		Имя и фамилия супруга (супруги)	Число лиц на иждивении (включая себя)
Имеется ли страховое медицинское покрытие у пациентов Children's, от имени которых вы обращаетесь за финансовой помощью? ☐ Да ☐ 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: ☐ Работает ☐ Домохозяин (-хозяйка) ☐ На пенсии ☐ Безработный (-ая) ☐ Инвалид ☐ Другое:			
Супруг (-а) ☐ Работает ☐ Домохозяин (-хозяйка) ☐ На пенсии ☐ Безработный (-ая) ☐ Инвалид ☐ 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 ☐ Поставьте галочку в этой графе, если вы уже обратились за медицинской помощью через MNsure.org и прилагаете к этому заявлению подтверждение такого обращения ☐ 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			
- 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 _____ %			