

Больничное учреждение \_\_\_\_\_ № счета \_\_\_\_\_  
 Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчеству \_\_\_\_\_  
 № СС \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_  
 Адрес пациента \_\_\_\_\_  
 Работодатель \_\_\_\_\_ Работодатель супруги \_\_\_\_\_

**Члены семьи** (Список супругов, дети находящийся на полном материальном содержании в возрасте до 18 лет, или как перечисленные в налоговой декларации, даты их рождения):

Имя	Дата рождения	Имя	Дата рождения
1. _____ / _____	4. _____ / _____		
2. _____ / _____	5. _____ / _____		
3. _____ / _____	6. _____ / _____		

**ЗАЯВИТЕЛЬ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПОЧТЕ:**

*Программы финансовой поддержки Bon Secours  
 Почтовый ящик 742431  
 Атланта, GA 30374-2431*

Пожалуйста, предоставьте запрошенную информацию ответив на вс е вопросы, перечисленные ниже  
**НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ, В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ПОДДЕРЖКИ, ОБЯЗУЮТСЯ СОТРУДНИЧАТЬ С НАШИМ  
 ПРАВОМОЧНЫМ СТРАХОВЫМ ПОСТАВЩИКОМ**  
 РЕШЕНИЯ, БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНО В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ЗАПОЛНЕННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ И  
 СОТРУДНИЧЕСТВА С НАШИМ ПОСТАВЩИКОМ

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, перечисленные ниже	Если ДА, пожалуйста, предоставьте следующую информацию о каждом члене семьи, получающего пособие.
Являются ли члены вашей семьи частными предпринимателями? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЗАПОЛНИТЕ НАЛОГОВУЮ ФОРМУ(Ы), включая налоги на бизнес за последний налоговый год и последний квартал о подачи заявок на размещение доходов.
Являются ли члены вашей семьи работниками по найму? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Три последние зарплатные ведомости от работодателей.
Получают ли члены вашей семьи пособия по безработице? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Ведомость на выплату пособия по безработице можно скачать на сайте государственной службы
Находятся ли члены вашей семьи на социальном обеспечении? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Письмо от фонда социального страхования или выписка из банка, о получение социального обеспечения
Получают ли члены вашей семьи пенсию? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Письмо из пенсионного фонда или выписка из банка, о получение пенсии
Получают ли члены вашей семьи помощь SNAP? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	SNAP Письмо
Получают ли члены вашей семьи пособие на ребенка? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Судовое постановление или письмо об отсутствие родителей или о опекунстве
Имеют ли члены вашей семьи арендованную или инвестиционную собственность? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Договор аренды / документация о размещении сумм доходов
Имеют ли члены вашей семьи другие источники дохода? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Акции, облигации, авторские права, компакт-диски , и т.д ... Присоединить к текущему заявлению
Имеют ли члены вашей семьи другие сбережения, чеки или счета на рынке? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Приложить копию текущих выписок за последних 30 дней по каждому из счетов
ОТСУТСТВИЕ ДОХОДОВ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ваша семья не получает никаких доходов, то у вас должен быть опекун, предоставляющий вам питание, жилье, и покрывать ежедневные расходы на проживание, поэтому, пожалуйста, укажите ниже, какой из видов помощи вам предоставляется  Я подтверждаю, что я (имя) _____ (номер телефона) _____ обеспечиваю питанием, жильем и покрываю ежедневные расходы на проживание для указанного выше пациента, / или доход от \$ _____ в месяц _____ Оказанная помощь: _____ Подпись _____ Родство _____ Дата _____	

**Заявителям на получение визы необходимо предоставить копию всех страховых, финансовых и / или спонсорских документов, предоставленных для получения визы.**

>>> Продолжение <<<



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM**  
**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ**

Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

**Перечень стоимости личных активов**

Годовой доход домохозяйства _____	Компакт-диски (В денежном эквиваленте) _____
Наличные денежные средства / Деньги в банке / депозиты _____	Основное местожительство (В денежном эквиваленте) _____
Месячная арендная плата _____	Другая недвижимость (В денежном эквиваленте) _____
Ежемесячный платеж по ипотеке _____	401k (В денежном эквиваленте) _____

Получали ли вы раньше услуги и лечения при несчастных случаях? Да \_\_\_\_\_ Нет (программа финансовой поддержки не распространяется на компенсацию ранее полученных медицинских счетов на лечение, связанных с рабочими травмами, несчастными случаями, косметическими процедурами и другими лечением).

Есть ли у вас другое медицинское страхование  ДА  НЕ Т (Если ДА, то просьба предоставить ниже дополнительную инфо р мац ию )

1. Название страховой компании \_\_\_\_\_ Имя застрахованного лица \_\_\_\_\_ № Страхового полиса \_\_\_\_\_
2. Название страховой компании \_\_\_\_\_ Имя застрахованного лица \_\_\_\_\_ № Страхового полиса \_\_\_\_\_

Данным заявлением прошу компанию Bon Secours Health System Inc., предоставить письменное решение о моем праве на получение финансовой поддержки. Я понимаю, что в случае предоставления ложной информации, мое заявление может быть отклонено, и на меня будет возложена ответственность за стоимость предоставленных услуг. Я подтверждаю, что вышеупомянутая информация является достоверной, полной и правильной. Я признаю необходимость сотрудничества с правомочными поставщиками скрининга, результаты которых будут учтены для определения суммы финансовой поддержки.

**Дополнительные комментарии**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Подпись ответственной стороны:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

Компания Bon Secours Health System Inc., оставляет за собой право проверки сообщаемой информации в целях получения финансовой поддержки, проверку личных доходов или отсутствия таковых, с придерживанием максимальной конфиденциальности, и никоим образом не генерировать какие либо отчеты для агентств или бюро кредитных историй, которые в последствии могут негативно повлиять на неприкосновенность частной жизни заявителя.

Для получения дополнительной помощи, пожалуйста, посетите нашего финансового консультанта в местной больнице Bon Secours или позвоните в отдел по обслуживанию клиентов.

Местное Ричмонд 804-521-9300  
 Местный Hampton Дороги 757-215-2777  
 Понедельник - пятница 8:30 am-12:30pm и 1:30 pm-4:00pm