

Заявление на получение материальной помощи

Инструкции: Просим заполнить все поля. Если вопрос не относится к Вам, впишите N/A. Приложите фотокопии следующих документов, относящихся к Вашей ситуации: 1. Корешки последнего чека (чеков) заработной платы, отражающие информацию о доходе с начала года до текущей даты; 2. Последняя налоговая декларация со всеми приложениями; 3. Чек от службы социального страхования, подтверждающее выплаты письмо или выписка с банковского счета, если деньги переводятся прямо на счет; 4. Письмо о назначении пособия по безработице; 5. Золотая карточка системы медицинского обслуживания округа Харрис (Harris Health System). Если Вы не работаете и находитесь на иждивении других лиц, приложите письмо о материальной поддержке и копию налоговой декларации, если Вы внесены в налоговую декларацию в качестве иждивенца. Если возникли вопросы или требуется дополнительная помощь при заполнении заявления, обращайтесь в Центральную администрацию (Centralized Business Office) по тел. 877-493-3228, понедельник-пятница 7:00 – 19:00, суббота 8:00 – 12:00.
 Просим вернуть заполненное заявление и сопроводительные документы представителю группы обслуживания пациентов или отправить по факсу (832) 667-5995 или почтой по адресу: Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ИМЯ ПАЦИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) _____ ПОСЛЕДНИЕ ЧЕТЫРЕ ЦИФРЫ НОМЕРА СОЦ. СТРАХОВАНИЯ _____

ИМЯ СУПРУГА/РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) _____ НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ _____

ДОМАШНИЙ АДРЕС _____

ТЕЛЕФОН _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____

ТРЕБУЕМАЯ УСЛУГА (УСЛУГИ): _____

НОМЕР СЧЕТА: _____ ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ: _____

Число детей младше 18 проживающих дома: _____ Имена иждивенцев _____

| | | |
|-------------------|-------|-------|
| Прямое родство | _____ | _____ |
| Падчерицы/пасынки | _____ | _____ |
| Не родственники | _____ | _____ |
| Опекунство | _____ | _____ |

Пациент

Супруг/Другое лицо

Работодатель _____

- На полной ставке
- На неполной ставке
- Неработающий/пенсионер/инвалид
- Нетрудоспособный
- Домохозяйка

Работодатель _____

- На полной ставке
- На неполной ставке
- Неработающий/пенсионер/инвалид
- Нетрудоспособный
- Домохозяйка

СУММАРНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ* \$ _____/месяц (ПРИЛОЖИТЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДОХОДА К ЗАЯВЛЕНИЮ)

** Включая всю заработную плату, фермерские доходы, доходы от индивидуальной деятельности, государственные пособия, социальное страхование, пособия по безработице и компенсацию работникам, пенсионные выплаты, компенсации за забастовки, алименты, алименты на детей, военные пенсии, пенсии, доходы от дивидендов, процентов, аренды имущества и прочие источники доходов.*

Настоящим удостоверяю, что вышеприведенная информация, насколько мне известно, является верной и точной. Я понимаю, что непредставление всей запрошенной выше информации может быть основанием для отказа в любой материальной помощи по Программе. Кроме того, в соответствующих случаях я подам заявки на получения государственной помощи, приму необходимые меры для получения такой помощи и сообщу НМ о результатах рассмотрения моей заявки. Я (мы) даем НМ разрешение на получение информации из любых источников в целях проверки сделанных мной (нами) заявлений.

 (Подпись пациента/заявителя)

 (Дата)