



ИМЯ ПАЦИЕНТА:
НОМЕР СЧЕТА:

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали организацию Community Medical Centers для медицинского обслуживания.

Для определения наличия тяжелого финансового положения прилагается заявка на получение финансовой помощи. Если Вы заинтересованы в подаче заявки, заполните ее и верните нам в течение следующих пятнадцати (15) рабочих дней. Приложите к заявке копии следующих документов.

Одно из указанных ниже подтверждений дохода для всех членов домохозяйства.

1. Три (3) последних квитанции о начислении заработной платы, форма W-2 или последняя поданная налоговая декларация, *или*
2. если Вы индивидуальный предприниматель, предоставьте последнюю поданную налоговую декларацию (включая таблицу C), *или*
3. если Вы безработный (-ая), приложите выписку о пособии по безработице, *или*
4. выписку о пенсии (если применимо), *или*
5. если Вы получаете социальную помощь, предоставьте подтверждение соответствия критериям участия / текущего участия в какой-либо из следующих государственных программ: Программа накоплений Medicare (Medicare Savings Program), Программа Cal WORKS, Программа Cal Fresh (продовольственные талоны), программа дополнительного дохода по социальному обеспечению / дополнительных выплат от штата (Supplemental Security Income / State Supplementary Payment, SSI/SSP) или Программа питания для женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC).

Пациенты, имеющие медицинскую страховку, **должны** также предоставить документы, подтверждающие, что 10 % дохода семьи было выплачено **или** должно быть выплачено на медицинские расходы в течение последних 12 месяцев. К этим 10 % могут быть отнесены все текущие остатки на счете, медицинские счета/квитанции, аптечные и медицинские страховые взносы.

Community Medical Centers стремится служить нашему сообществу. Мы рады, что смогли помочь Вам в трудную минуту.

Если у Вас есть вопросы по поводу этого счета или необходимой документации, позвоните нам по телефону (559) 459-3939 или (800) 773-2223, доп. № 3. Неполные заявки не обрабатываются.

Отправьте заполненную и подписанную заявку и документацию почтой по указанному ниже адресу или по факсу (559) 230-8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Дата выдачи/отправки формы _____ Возврат формы до _____

Заявка на получение финансовой помощи СМС

ИМЯ ПАЦИЕНТА	СЧЕТ ПАЦИЕНТА №
	МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №

I. ПАЦИЕНТ / ОТВЕТСТВЕННАЯ СТОРОНА

ИМЯ	ФАМИЛИЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ
УЛИЦА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН
	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН
ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН
	ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД, \$

II. СУПРУГ (-А)/СОЖИТЕЛЬ

ИМЯ	ФАМИЛИЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ
УЛИЦА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН
	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН
ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН
	ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД, \$

III. ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Укажите супруга (-у), сожителя, детей на иждивении младше 21 года. Если пациент несовершеннолетний, укажите родителей, родственников, осуществляющих уход, и (братьев и сестер в младше 21 года)

ПОЛНОЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ:

IV. ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	
Ежемесячный доход пациента / ответственной стороны	\$
Ежемесячный доход супруга (-и)/сожителя (если применимо)	\$
Пенсионный доход	\$
Получаемые алименты/на содержание супруги/супруга/детей	\$
Пособие по безработице или компенсация в связи с производственной травмой/профзаболеванием	\$
Социальное пособие по нетрудоспособности / пособие по социальному обеспечению	\$
Другие доходы	\$
Если выплачиваются алименты/на содержание супруги/супруга/детей, вычтите их здесь	-\$
ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	= \$

V. ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ		
	Да	Нет
Вы старше 18 лет, и Вы заявлены как иждивенец в налоговой декларации Ваших родителей?		
Участвуете ли Вы в программах: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (продовольственные талоны), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) или WIC (Women, Infants and Children)?		
У Вас есть медицинская страховка?		
Нуждались ли вы в медицинской помощи, необходимость в которой возникла по вине третьей стороны, например, в результате автомобильной аварии или падения и получения травмы?		
подавали ли Вы заявление на участие в программе Medi-Cal или Medicare?		
подавали ли Вы заявление на участие в программе Covered California?		

НЕПОЛНЫЕ ИЛИ ФАЛЬЦИФИЦИРОВАННЫЕ ЗАЯВКИ БУДУТ ОТКЛОНЕНЫ
<p>ЗАПОЛНЯЯ ДАННЫЙ ФИНАНСОВЫЙ ОТЧЕТ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ ПРАВИЛЬНОСТЬ И ПОЛНОТУ ПРИВЕДЕННЫХ ВЫШЕ ДАННЫХ И ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ДАЛЬНЕЙШУЮ ПРОВЕРКУ СО СТОРОНЫ COMMUNITY MEDICAL CENTERS.</p> <p>ПОДПИСЬ: _____</p> <p>ПОЛНОЕ ИМЯ РАЗБОРЧИВО: _____</p> <p>ДАТА: _____</p> <p>КЕМ ПРИХОДИТСЯ, ЕСЛИ НЕ ПАЦИЕНТ: _____</p>

Отправьте заполненную заявку и документацию почтой по указанному ниже адресу или по факсу (559) 230-8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889