

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_  
 Номер медицинской карты (MRN): \_\_\_\_\_

 Имя пациента: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Инициалы отчества: \_\_\_\_\_  
 Адрес проживания: \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Страна: \_\_\_\_\_  
 Имя и фамилия главы семьи (если применимо): \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_  
 Домашний телефон пациента: \_\_\_\_\_ Мобильный телефон пациента: \_\_\_\_\_  
 Рабочий телефон пациента: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты пациента: \_\_\_\_\_  
 Подтвердите указанный выше адрес. Исправьте при необходимости.

**Члены семьи\***

Укажите полное имя и дату рождения всех членов семьи. Укажите номер социального страхования члена семьи и кем он приходится заявителю.

Имя <i>Полное имя – имя, инициал отчества, фамилия</i>	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится заявителю	Подает заявление Отметьте галочкой, если да
			САМ	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Необходимо указать, кем приходится заявителю член семьи, а не поручитель.

Например жена, муж, дочь, сын, мать, отец, приемный сын, приемная дочь, двоюродный брат или сестра и т. д.

\* Если помимо вышеуказанных есть и другие члены семьи, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

**Семейный доход\***

Укажите, если вы или член вашей семьи получаете один из следующих видов дохода.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заработная плата       | <input type="checkbox"/> Алименты                                   | <input type="checkbox"/> Ветеранские льготы                         |
| <input type="checkbox"/> Доход от самозанятости | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице                     | <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности/инвалидности |
| <input type="checkbox"/> Социальное пособие     | <input type="checkbox"/> Пенсия                                     | <input type="checkbox"/> Компенсация работнику                      |
| <input type="checkbox"/> Пособие на ребенка     | <input type="checkbox"/> Доход от аренды недвижимости/собственности | <input type="checkbox"/> Стипендия I-20                             |
|   |   | <input type="checkbox"/> Другое                                     |

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид <i>Укажите имя (название) работодателя, если применимо.</i>	Сумма	Период <i>Выберите один вариант.</i>	Дата начала	Дата окончания <i>(если применимо)</i>
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		

\* Если помимо вышеуказанных есть и другие источники семейного дохода, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

В отношении всего получаемого семейного дохода необходимо предоставить подтверждающую документацию за последние 30 дней, чтобы заполнить данное заявление (т. е. налоговую декларацию, квитанции о начислении заработной платы, письмо-подтверждение, приложения (налоговые формы) для самозанятых, справка о получении пособия на ребенка и т. д.).

 Моя семья не имеет какого-либо трудового или нетрудового дохода

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты (MRN): \_\_\_\_\_

**Активы/ресурсы\***

Укажите, если вы или член вашей семьи располагаете какими-либо из следующих ресурсов.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Текущий(-ие) счет(-а)                    | <input type="checkbox"/> Депозитный(-ые) сертификат(-ы) | <input type="checkbox"/> Взаимные фонды |
| <input type="checkbox"/> Сберегательный(-ые) счет(-а)             | <input type="checkbox"/> Аннуитеты                      | <input type="checkbox"/> Другое         |
| <input type="checkbox"/> Депозитный(-ые) счет(-а) денежного рынка | <input type="checkbox"/> Облигации                      |   |

Укажите следующую информацию для всех перечисленных активов и ресурсов.

Член семьи	Вид	Номер счета	Сумма

\* Если помимо вышеуказанных есть и другие активы или ресурсы, предоставьте дополнительную информацию на последней странице.

 В отношении всех перечисленных активов и ресурсов вы должны предоставить подтверждающие документы за последние 30 дней.

 Моя семья не имеет активов и ресурсов, подлежащих декларированию.

**Другая информация\***

Ответьте на следующие вопросы.

 У пациента есть карта постоянного жителя США?  Да  Нет

 Получает ли данная семья в настоящее время государственную помощь?  Да  Нет Если да, укажите следующее:  
 Название страховой компании и идентификационный номер: \_\_\_\_\_

 Пациент подавал заявление на получение государственной помощи за последние 12 месяцев?  Да  Нет  
 Если да, было ли вам отказано в страховом покрытии?  Да  Нет

 Приложите письмо PA-162 об одобрении/отказе (полученное от Департамента социального обеспечения штата Пенсильвания).

 У пациента есть медицинская страховка? Если вы получите медицинскую страховку, уведомите об этом департамент. Медицинская страховка всегда имеет приоритет над финансовой помощью.  Да  Нет Если да, укажите следующее:

Название страховой компании и идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия застрахованного лица: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Если помимо вышеуказанной есть и другая важная информация, предоставьте ее на последней странице.

 Имеет ли пациент право на получение любых из перечисленных ниже льгот?  Да  Нет

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Программа субсидирования школьных обедов       | <input type="checkbox"/> Программа субсидирования жилья для малоимущих         |
| <input type="checkbox"/> Программа штата по оплате рецептурных лекарств | <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Продовольственные талоны |

Если вы ответили ДА на любой из вышеуказанных вопросов, предоставьте документы, подтверждающие право на получение льгот.

**Подпись**

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация, насколько мне известно, является верной, полной и точной:

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

ИЛИ

Подпись уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_ Кем приходится заявителю: \_\_\_\_\_

Номер телефона уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_ Номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты (MRN): \_\_\_\_\_

**Члены семьи (продолжение)**

Укажите полное имя и дату рождения всех членов семьи. Укажите номер социального страхования члена семьи и кем он приходится заявителю, если известно.

Имя <i>Полное имя – имя, инициал отчество, фамилия</i>	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится заявителю	Подает заявление Отметьте галочкой, если да
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Необходимо указать, кем приходится заявителю член семьи, а не поручитель.

Например жена, муж, дочь, сын, мать, отец, приемный сын, приемная дочь, двоюродный брат или сестра и т. д.

**Семейный доход (продолжение)**

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид <i>Укажите имя (название) работодателя, если применимо.</i>	Сумма	Период <i>Выберите один вариант.</i>	Дата начала	Дата окончания <i>(если применимо)</i>
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Раз в 2 недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> В час, кол-во ч/нед. _____		

В отношении всего получаемого семейного дохода необходимо предоставить подтверждающую документацию за последние 30 дней, чтобы заполнить данное заявление (т. е. налоговую декларацию, квитанции о начислении заработной платы, письмо-подтверждение, приложения (налоговые формы) для самозанятых, справка о получении пособия на ребенка и т. д.).

**Активы/ресурсы (продолжение)**

Предоставьте следующую информацию обо всех указанных вами видах дохода.

Член семьи	Вид	Номер счета	Сумма

В отношении всех перечисленных активов и ресурсов вы должны предоставить подтверждающие документы за последние 30 дней.

**Другая информация (продолжение)**

Ответьте на следующие вопросы.

**У пациента есть дополнительная медицинская страховка?** Если вы получите медицинскую страховку, уведомите об этом департамент. Медицинская страховка всегда имеет приоритет над финансовой помощью.  Да  Нет *Если да, укажите следующее.*

Название страховой компании и идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия застрахованного лица: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_