



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN

ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Благодарим за выбор Orthopaedic Hospital of Wisconsin для решения своих медицинских проблем. Вас заинтересовала подача заявки по программе финансовой помощи Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Чтобы заявка была рассмотрена, необходимо предоставить следующие документы в наш офис:

- заполненная заявка с подписью и датой
- доказательство ежемесячного дохода для пациента/гаранта и супруга(-и), включая: текущее место работы, поддержку детей, алименты, компенсацию по безработице, компенсационные выплаты работникам, выплаты фонда социального страхования, пенсию, пенсионный доход, другие проценты или дивиденды
- доход от сдачи недвижимости в аренду
- доказательство государственной помощи, включая продовольственные карточки, льготное жилье или программу WIC
- заполненную копию самой последней федеральной и государственной налоговой декларации, включая все приложения
- текущую копию выписки по чековому и сберегательному счету с указанием текущего баланса
- доказательство текущих активов, включая: депозитные сертификаты, ценные бумаги, страховку жизни, другой капитал в виде объектов недвижимости
- заполненное письмо с засвидетельствованными показаниями, если получаете помощь для расходов на жизнь.

НЕ прсылайте оригиналы подтверждающих документов.

Невозможность предоставить заполненную заявку и запрошенные подтверждающие документы к указанному сроку приведет к немедленному отказу.

Финансовая помощь не означает программу страхования. Финансовая помощь предназначена для оплаты счетов пациентов Orthopaedic Hospital of Wisconsin, у которых нет страховки. Отказ подачи заявки в государственные программы, в которых вы можете принимать участие, приведет к немедленному отказу в финансовой помощи. Вы получите свое решение в течение 10 дней с получения заполненной заявки на финансовую помощь и подтверждающих документов.

Финансовая помощь не покрывает следующие услуги:

- страховые франшизы или дополнительную плату
- затраты на судебные разбирательства (процессуальные действия по поводу компенсационных выплат работникам, транспортных аварий и т.д.)
- внешние группы выставления счетов, включая другие больницы, клиники, лаборатории, услуги врачей и транспортировку в карете скорой помощи.

Если у вас имеются вопросы, звоните по номеру 414 961-6803

**Заявка на получение медицинской****помощи в Orthopaedic Hospital of Wisconsin****по месту жительства****Информацию по дополнительному члену семьи или трудуоустройству членов семьи укажите на задней стороне заявки**

Номер MR и номер клиента заполняется персоналом больницы	Номер MR:	Номер(-а) клиентов:	
Просим заполнить следующие графы достоверно и в полном объеме. Эта информация будет проверена Следует заполнить все поля, если что-то не применимо в вашей ситуации, укажите Н/П			
Имя заявителя (имя, отчество, фамилия):	Номер социального страхования:	Дата рождения:	
Адрес:	Номера телефонов:	Мобильный: ()	Домашний: () Рабочий: ()
Город/штат/индекс:	Есть ли у вас план медицинского страхования? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
	Название страховки		
Если в браке, укажите информацию о супруге и несовершеннолетних детях	Дата рождения каждого:	Номер соц. страхования:	Родство с пациентом:
1.			
2.			
3.			
Доход: ежемесячный (пациент и супруг(-а), если в браке) или родителей, если заявитель несовершеннолетний	Укажите дополнительных работодателей сзади		
Семейный доход (до налогов) (W2 или 1099) Включает пособие по безработице	\$	Работодатель (заявитель) или Родитель (для несовершеннолетнего лица)	Номер телефона
Пенсия/социальное пособие/пособие по инвалидности	\$	Дата найма	Дата окончания
Получаемое пособие на ребенка/алименты Приложить доказательство ежемесячного пособия	\$	Дополнительные работодатели в календарном году	Номер телефона
Доход от сдачи недвижимости в аренду	\$	Дата найма	Дата окончания
Активы: баланс чекового/сберегательного счета Не включать баланс пенсионных счетов	\$		
Информация о трудуоустройстве супруга(-и)	Номер телефона	Информация по дополнительному трудуоустройству супругов в календарном году:	Номер телефона
Дата найма	Дата окончания	Дата найма	Дата окончания

Я подтверждаю, что предоставленная выше информация о моем финансовом состоянии является точной и правдивой. Я также подтверждаю, что у этого пациента отсутствует дополнительное страховое покрытие, отличное от того, чтобы было указано при регистрации. Я понимаю, что предоставление ложной информации приведет к отказу в получении любого вида финансовой помощи от Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Если я получу право на любые действия или компенсацию от третьих сторон, я обязуюсь предпринять любые действия, необходимые или требуемые Orthopaedic Hospital of Wisconsin, чтобы получить такую компенсацию и передать ее в пользу Orthopaedic Hospital of Wisconsin, и после я оплачу Orthopaedic Hospital of Wisconsin все полученные суммы для ликвидации всей задолженности по моему платежному требованию. В случае моего отказа подать заявку на такую компенсацию или следовать процессу подачи заявки или выполнять действия, разумно необходимые или требуемые Orthopaedic Hospital of Wisconsin, это может привести к отказу в рассмотрении заявки. Я также даю Orthopaedic Hospital of Wisconsin право проверить мою кредитную историю, если необходимо.

Заполненную заявку следует вернуть до _____, чтобы она была рассмотрена.

Адрес для отправки: Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
ATTN: Chief Financial Officer

Заявка, которая будет заполнена не полностью, может быть отклонена и возвращена для заполнения недостающей информации
--

Подпись Пациента (ответственная сторона)

Дата

Только для административного использования

Подпись утверждающего сотрудника _____ Дата _____

