

# Заявление о выделении финансовой помощи

ФИО пациента (фамилия, имя, отчество)	Номер социального страхования
Резидент Южной Каролины: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Туристическая виза : <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Гражданство США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер медицинской карты (заполняется персоналом)

## Пациент или ответственное лицо (если пациент младше 18 лет)

ФИО ( фамилия, имя, отчество)	Номер социального страхования	Дата рождения(мес, день, год)
Адрес	Город	Штат, почтовый индекс
Телефон	Размер семьи (пациент, супруг(а) и иждивенцы)	Семейный статус
Статус рабочей занятости: <input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Неполный день <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Ветеран	<input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Инвалид	ФИО работодателя
Стаж работы	Стаж нетрудоустроенности (мес, день, год)	Зарботная плата/доход
		Являетесь ли вы заявленным иждивенцем в чьей-либо налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если да, необходимо предоставить налоговую декларацию заявителя)
Резидент Южной Каролины: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Туристическая виза: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Гражданство США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

## Супруг(а)/гражданский партнер

ФИО (фамилия, имя, отчество)	Номер социального страхования	Дата рождения(мес, день, год)
Статус рабочей занятости: <input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Неполный день <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Ветеран	<input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Инвалид	ФИО работодателя
Стаж работы	Стаж нетрудоустроенности (мес, день, год)	Зарботная плата/доход

## Законные иждивенцы, заявленные в налоговой декларации (используйте отдельный лист если иждивенцев более четырех)

ФИО (фамилия, имя, отчество)	Степень родства	Дата рождения(мес, день, год)

## Данные о страховом покрытии

Я  подал(а) заявление на получение помощи оплаты медицинских расходов от государства или штата  проверил(а) мое соответствие критериям правомочности на план страхового покрытия на рынке здравоохранения  не выполнил(а) ни одно из перечисленных условий

Причина \_\_\_\_\_

Мое дело на рассмотрении  в суде  Я получил(а) платеж по решению суда  Я подал(а) иск о нанесенном ущербе здоровью  Я подал(а) иск о выплате страхового возмещения ответственным третьим лицом  Я подал(а) иск о компенсации работникам, получившим травмы на работе  Ни один из вариантов

ФИО адвоката \_\_\_\_\_

Страховой полис действителен по:

Мой работодатель  Работодатель супруга(и)  План Cobra  Ни один из вариантов

Данные страхового полиса \_\_\_\_\_

Подавали ли вы или члены вашей семьи на получение страхового плана Medicaid в последние 3 месяца?  Да  Нет

Имя заявителя \_\_\_\_\_ В каком округе \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_ ФИО менеджера

дела \_\_\_\_\_

Я подал(а) на получение инвалидности в Отдел социального страхования.  Да  Нет

Если да, статус заявления:  Отказ  Апелляция  Дело находится у адвоката  В процессе рассмотрения  Одобрено

Если одобрено недавно, прикрепите действительное письмо из Отдела социального страхования, уведомляющее о страховом покрытии, или письмо, извещающее о статусе инвалидности, данном супругу(е) или детям.

**Счет(а) в банке(ах) (например, 401k, 403b, краткосрочные денежные инструменты (Money Market), сертификат вложения (CD), счёта ценных бумаг (Stocks), облигации (Bonds), сберегательные счета и другие инвестиции)**

Название компании	Вид счета/ценность	Название компании	Вид счета/ ценность

#### Частная собственность

Вид	Подробности	Оценочная стоимость	Неоплаченный баланс
Основное место проживания	<input type="checkbox"/> Домовладелец <input type="checkbox"/> Аренда		
Вторичное место проживания/дача			
Земельный участок (в акрах)			
Сдаваемая а аренду недвижимость			
Оборудование для бизнеса/ фермы			
Другая собственность/ автомобиль(и)			

#### Источники дохода (предоставьте документы для перечисленного)

Описание дохода	Источник	Сумма ежемесячного дохода
Доход от получаемых процентов / дивиденды		
Субсидия / пенсия		
Доход от аренды / частной собственности		
Доход от инвестиций		
Доход от частного предпринимательства (необходимы бизнес & личная налоговая декларация)		
Другое		

#### Аттестация

Я понимаю, что данное заявление относится только к услугам, предоставляемым компанией Prisma Health. Заявление не относится к услугам, оказанным другими организациями или лицами, которые могли принимать участие в оказании мне медицинской помощи. Я понимаю, что не все медицинские услуги, предоставляемые компанией Prisma Health подлежат оказанию финансовой помощи.

Prisma Health сохраняет за собой право отменить разрешение на оказание финансовой помощи и преследовать альтернативные пути взыскания или сбора долга, если будет обнаружена новая информация, включая данные о страховом покрытии, полученном заявителем платеже или информация о поданном заявителем иске о нанесенном ущербе здоровью в результате полученных или требуемых медицинских услуг. По выделению финансовой помощи вся полученная компанией Prisma Health оплата приведет к отмене скорректированных сумм, полученных в целях погашения остаточного баланса для платящего за самого себя пациента, не создавая баланс задолженности или кредитный баланс.

Настоящим документом я подтверждаю, что вся изложенная в данном заявлении информация является правдой насколько мне известно. Я понимаю, что сообщение ложной информации приведет к отклонению моего заявления. Если в какое-либо время изложенная в данном заявлении информация будет признана ложной, предоставленная мне компанией Prisma Health финансовая помощь будет отозвана, и я буду отвечать за выплату изначальной суммы долга. Я также понимаю, что если какие-либо сообщенные мной данные изменятся, мне следует сразу известить об этом Prisma Health .

Подпись пациента /ответственного лица

Дата (*мес, день, год*)

Отправьте заявление по адресу:  
Financial Assistance  
255 Enterprise Boulevard, Ste. 250  
Greenville, S.C. 29615