

## Lake Health

Имя пациента \_\_\_\_\_ Номер истории болезни: \_\_\_\_\_ Номер счета: \_\_\_\_\_  
 Адрес: \_\_\_\_\_ Месяц обслуживания: \_\_\_\_\_ Опрошенный член семьи \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_ Ответственная сторона: \_\_\_\_\_  
 Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Номер телефона пациента \_\_\_\_\_ Родственные отношения с пациентом: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Являетесь ли вы жителем штата Огайо? Да Нет

Имеете ли вы страховку, охватывающую эти услуги? Да Нет *Если да, укажите ниже требуемую информацию и приложите копию страхового полиса*  
 Наименование страховой компании \_\_\_\_\_ Страховой договор № \_\_\_\_\_ Группа № \_\_\_\_\_

Обладаете ли вы льготами Medicaid? Да Нет *Если да, введите номер счета \_\_\_\_\_ и приложите копию карты Medicaid*

Принимаете ли вы участие в программе льгот для инвалидов Disability Assistance (DA)? Да Нет *Если да, введите номер счета \_\_\_\_\_ и приложите копию карты DA*

**Перечислите всех членов семьи (включая себя). На обратной стороне листа можно указать дополнительных членов семьи. Члены семьи – это родители, супруги и дети (родные или приемные) в возрасте до 18 (восемнадцати) лет, проживающие вместе с пациентом. Доход состоит из заработных плат (до вычетов), рентного дохода, выплат по безработице, социальной и государственной помощи и т.п.**

Члены семьи	Возраст	Родственные отношения с пациентом	Источник дохода (наименование работодателя)	Доход за 3 месяца до предоставления услуг	Доход за 12 месяцев до предоставления услуг
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
<b>ИТОГО</b>					

**ДОКУМЕНТАЦИЯ ПРОВЕРКИ ДОХОДА СЕМЬИ:** включите все документы, подтверждающие доход семьи за 3 (три) или 12 (двенадцать) месяцев до даты предоставления услуг. Это могут быть формы W-2, письмо о предоставлении социальной помощи, корешки чеков или письма от работодателей. **ТОЛЬКО** для самозанятых работников: принимаются формы и графики уплаты подоходного налога. Те, кто не заполнил форму уплаты налогов, могут позвонить по номеру 1-800-829-1040 для получения письма от Налогового управления США (IRS) с подтверждением незаполнения этой формы. Если члены семьи не имели доходов в течение указанного периода времени, укажите «NONE» в качестве источника дохода и отметьте его размер равным 0,00 долларов США. Если указан доход 0,00 долларов США, как указано выше, опишите, как вы (или пациент) выживали финансово на протяжении описанного выше периода:

Я подтверждаю правдивость ответов в этом заявлении и понимаю противозаконность сознательного искажения информации для получения правительственных льгот.  
 Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ Дата заполнения: \_\_\_\_\_

**На обратной стороне листа можно указать дополнительных членов семьи. Данное заявление действительно только в течение тридцати дней. Для продления услуг необходимо ежемесячно подавать новое или обновленное заявление.**

Возвращайте все заявления о финансовой помощи финансовым советникам по адресу [HCAP@lakehealth.org](mailto:HCAP@lakehealth.org) \_\_\_\_\_ или 7590 Auburn Road, Concord Township, OH 44077, или же по любому адресу Lake Health.