

Aria Jefferson Health
 Подразделение финансовых услуг

Имя пациента: _____ Учетный № пациента: _____

Заявление на: Стоматологические услуги Медицинские услуги

Имя пациента: _____ Семейное положение пациента: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Округ: _____

Имя главы семьи (если применимо): _____ Отношение к пациенту: _____

Номер домашнего телефона пациента: _____ Номер мобильного телефона пациента: _____

Номер рабочего телефона пациента: _____ Адрес электронной почты пациента: _____

Подтвердите указанный выше адрес. При необходимости внесите исправления.

Члены семьи

Укажите полное имя и дату рождения всех членов. Укажите номер социального страхования и отношение, если известно.

Имя ФИО полностью — фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Номер социального страхования	Отношение к заявителю	Гражданство Да, Нет или Постоянный резидент?	В процессе получения статуса Отметьте, если да
			CAM		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

В качестве отношения к заявителю необходимо указать отношение члена семьи к заявителю, а не к поручителю.
 Примеры: жена, муж, дочь, сын, мать, отец, пасынок, падчерица, двоюродный брат и т. д.

Доход семьи

Укажите, получаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи какой-либо из следующих видов дохода:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Заработная плата/оклад | <input type="checkbox"/> Алименты | <input type="checkbox"/> Ветеранские выплаты |
| <input type="checkbox"/> Самозанятость | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице | <input type="checkbox"/> Пособие по инвалидности |
| <input type="checkbox"/> Социальная защита | <input type="checkbox"/> Пенсия | <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности |
| <input type="checkbox"/> Содержание ребенка | <input type="checkbox"/> Доход от сдачи в аренду
недвижимости | <input type="checkbox"/> Студент I-20 |

Предоставьте следующую информацию для всех указанных видов доходов: Другое

Член семьи	Тип Укажите название работодателя, если применимо.	Сумма	Период Выберите один	Дата начала	Дата окончания (если применимо)
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед _____		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед _____		

Для всех получаемых доходов семьи вы должны предоставить подтверждающие документы для заполнения этого заявления (т. е. налоговую декларацию, платежные квитанции, письмо(-а)-подтверждение, графики самозанятости, подтверждения выплат на содержание детей и т. д.)

У моей семьи нет никакого трудового или нетрудового дохода.

Политика предоставления материальной помощи Aria-Jefferson Health
Форма заявления и информация

Aria Jefferson Health
Подразделение финансовых услуг

Имя пациента: _____ Учетный № пациента: _____

Активы/ресурсы

Укажите, есть ли у вас или кого-либо из членов вашей семьи какой-либо из следующих ресурсов:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Чековый счет(-а) | <input type="checkbox"/> ПАММ-счет(-а) | <input type="checkbox"/> Взаимные фонды |
| <input type="checkbox"/> Сберегательный счет(-а) | <input type="checkbox"/> Аннуитеты | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Депозитный счет(-а) денежного рынка | <input type="checkbox"/> Облигации | |

Предоставьте следующую информацию для всех указанных видов доходов:

Член семьи	Тип	Номер счета	Сумма

Для всех имеющихся активов/ресурсов вы должны предоставить выписки за три месяца подряд, чтобы заполнить это заявление.

У моей семьи нет никаких активов или ресурсов.

Другая информация

Ответьте на следующие вопросы.

Есть ли у пациента карта постоянного резидента Соединенных Штатов Америки? Да Нет

Получает ли указанная семья в настоящее время социальную помощь? Да Нет Если да, укажите следующее:
Название и идентификационный номер страховой компании _____

Подавал ли пациент заявление на получение социальной помощи в течение последних 12 месяцев? Да Нет
Если да, было ли вам отказано в предоставлении покрытия? Да Нет

Приложите письмо о согласии/отказе по форме RA-162. (Можно получить в министерстве социального обеспечения РА)

Есть ли у пациента медицинская страховка? Если вы получите медицинскую страховку, сообщите об этом в министерство. Медицинская страховка всегда преобладает над материальной помощью. Да Нет Если да, укажите следующее:
Название и идентификационный номер страховой компании _____

Имя застрахованного лица: _____ Дата рождения: _____

Добавьте любую другую информацию для подтверждения вашего заявления:

Подпись

Настоящим я удостоверяю, что, насколько мне известно, вышеизложенная информация является точной, полной и верной.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

ИЛИ

Подпись уполномоченного представителя: _____ Дата: _____

Имя уполномоченного представителя: _____ Отношение к заявителю: _____

Номер телефона уполномоченного представителя: _____ Номер мобильного телефона: _____

**Политика предоставления материальной помощи Aria-Jefferson Health
Форма заявления и информация, дополнительные страницы**

Aria Jefferson Health
Подразделение финансовых услуг

Имя пациента: _____ Учетный № пациента: _____

Члены семьи (продолжение)

Укажите полное имя и дату рождения всех членов. Укажите номер социального страхования и отношение, если известно.

Имя <i>ФИО полностью — фамилия, имя, отчество</i>	Дата рождения	Номер социального страхования	Отношение к заявителю	Гражданство Да, Нет или Постоянный резидент?	В процессе получения статуса Отметьте, если да
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*В качестве отношения к заявителю необходимо указать отношение члена семьи к заявителю, а не к поручителю.
Примеры: жена, муж, дочь, сын, мать, отец, пасынок, падчерица, двоюродный брат и т. д.*

Доход семьи (продолжение)

Предоставьте следующую информацию для всех указанных видов доходов:

Член семьи	Тип <i>Укажите название работодателя, если применимо.</i>	Сумма	Период <i>Выберите один</i>	Дата начала	Дата окончания <i>(если применимо)</i>
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед		
			<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Почасово # ч/нед		

Для всех получаемых доходов семьи вы должны предоставить подтверждающие документы для заполнения этого заявления (т. е. налоговую декларацию, платежные квитанции, письмо(-а)-подтверждение, графики самозанятости, подтверждения выплат на содержание детей и т. д.)

Активы/ресурсы (продолжение)

Предоставьте следующую информацию для всех указанных видов доходов:

Член семьи	Тип	Номер счета	Сумма

Для всех имеющихся активов/ресурсов вы должны предоставить выписки за три месяца подряд, чтобы заполнить это заявление.

Другая информация (продолжение)

Ответьте на следующие вопросы.

Получает ли указанная семья в настоящее время социальную помощь?

Название и идентификационный номер страховой компании _____

Есть ли у пациента медицинская страховка? Если вы получите медицинскую страховку, сообщите об этом в министерство.

Медицинская страховка всегда преобладает над материальной помощью. Да Нет *Если да, укажите следующее:*

Название и идентификационный номер страховой компании

Имя застрахованного лица: _____ Дата рождения: _____