



Регіональна система охорони здоров'я СПАРТАНБУРГА  
(SPARTANBURG Regional Healthcare System)

**Заява надавача послуг**

Ім'я та прізвище пацієнта:	Номер облікового запису:
----------------------------	--------------------------

Це заява, що обґрунтовує щомісячну підтримку з вашого боку із зазначенням суми в доларах, яку ви надаєте пацієнту на лікування. Сюди входять витрати на проживання та харчування, особисті витрати тощо.

Заповнюючи цю форму, ви як особа, яка надає пацієнтові допомогу, заявляєте, що допомагаєте пацієнтові, дозволяючи йому жити у вашому помешканні безоплатно або надаючи допомогу з покриттям витрат на проживання для пацієнта, зазначеного вище. Це жодним чином не покладає на вас відповідальність за оплату лікарняних рахунків пацієнта.

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї форми, зателефонуйте до Фінансової служби для пацієнтів Регіональної системи охорони здоров'я Спартанбурга за номером: 864-596-1001 або 800-281-5346.

Ім'я та прізвище надавача послуг	Пов'язаність із пацієнтом	Контактний номер

Я надаю пацієнтові, зазначеному вище, таку приблизну суму в доларах на місяць (якщо суму в доларах не вказано, заявку буде відхилено):

Витрати	Щомісячна сума	Коментар (якщо потрібно)
Житло		
Харчування		
Особисті витрати		
Інше		
Загалом		

Чи вказуєте ви пацієнта у своїй податковій декларації?  Так  Ні

Якщо так, надішліть підписану копію податкової декларації надавача послуг за останній рік. Додайте всі сторінки своєї податкової декларації.

Якщо ні, додайте першу сторінку (форма 1040A) своєї податкової декларації, щоб показати, що ви не вказуєте пацієнта.

\_\_\_\_\_  
Підпис надавача послуг

\_\_\_\_\_  
Підпис пацієнта

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Час

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Час