



**РЕГИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СПАРТАНБЕРГА**
Spartanburg Regional Healthcare System

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Номер счета:

Номер медицинской карты:

Имя пациента (фамилия, имя, среднее имя)		Дата рождения / /	Номер социального обеспечения - -	
Поручитель (лицо, ответственное за оплату полученных услуг)		Дата рождения / /	Номер социального обеспечения - -	
Адрес	Город	Штат/индекс	Округ	Телефон () -

Вы трудоустроены? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если нет, укажите последнюю дату трудоустройства: _____	Семейное положение _____

Информация о членах семьи и доходе *Перечислите ВСЕХ членов семьи*****

Также перечислите ВСЕХ доход семьи, включая, помимо прочего: заработную плату, продуктовые талоны, социальное обеспечение, дополнительное обеспечение детей (SSI), пособие по безработице, компенсации работникам, алименты, пособие на содержание ребенка, выплаты военным, пенсии, доход от сдачи в аренду недвижимости и т. д.

Приложите всю документацию, подтверждающую доход. Неполные заявки будут отклонены.

(Если вы заявите о налогах другого человека, укажите информацию ниже и приложите копию налоговой декларации.)

ЗАЯВКИ БЕЗ ИНФОРМАЦИИ О ДОХОДЕ БУДУТ ОТКЛОНЯТЬСЯ АВТОМАТИЧЕСКИ

Имя и фамилия члена семьи	Кем приходится	Дата рождения	Источник дохода (из списка выше)	Валовый месячный доход	Это лицо подает налоговую декларацию домохозяйства? Да или нет

Вы владеете компанией? Если да, вам нужно будет приложить копию налоговой декларации компании и вашей личной за последний год подачи.

Да Нет (приложите копии формы Schedule C и/или K)

Информация о проживании / недвижимости / другой собственности

Владею: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ипотечный платеж: \$ _____
Арендую: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ежемесячная арендная плата: \$ _____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что информация, указанная в этом заявлении, является достоверной и полной, насколько мне известно. Настоящим я разрешаю разглашение любой информации, необходимой для определения моего права на участие в программе финансовой помощи SRHS Patient Financial Assistance Program. Я понимаю, что это заявление охватывает только услуги, оказываемые Региональной системой здравоохранения Спартанберга. Сюда не входят услуги других поставщиков, которые могут помогать с уходом за пациентом. Если это заявление будет одобрено и будет установлен источник оплаты за мои услуги, благотворительный фонд больницы покроет только задолженность, оставшуюся после платежа из источника оплаты.

Подпись заявителя:	Дата:	Время:
--------------------	-------	--------

Ответственность за отслеживание статуса заявления на финансовую помощь лежит на пациенте.

Для рассмотрения вопроса о получении финансовой помощи от SRHS, заполните все разделы этого заявления и отправьте его по адресу, указанному ниже.

SRHS Patient Financial Assistance Program
Patient Financial Services
PO Box 27069
Greenville, SC 29616-2069

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением формы, позвоните в отдел обслуживания участников (Customer Service) по номеру 864-596-1001 или 800-281-5346.