GRACIE SQUARE HOSPITAL
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Имя и фамилия пациента _____ Дата рождения _____
Фамилия Имя Отчество

Адрес _____
Номер дома, улица и квартира Город Штат Индекс

Телефон (_____) _____ Должность _____ Место работы _____

Рабочий адрес _____ Рабочий телефон _____

Доход: укажите ваш доход, доход вашего(-ей) супруга(-и) и других членов семьи по приведенным ниже пунктам.

Тип дохода	Общий доход за последние 3 месяца	Общий доход за последние 12 месяцев
Заработная плата		
Доход от предпринимательской деятельности		
Государственные пособия		
Пособия по программам социального обеспечения		
Пособие по безработице / компенсация за производственную травму		
Алименты		
Пособие на содержание ребенка		
Пенсия		
Доход по дивидендам		
Всего		

Согласно правилам больницы вы должны предоставить документы, подтверждающие указанный вами доход. Такими документами могут быть квитанции о начислении заработной платы, справка с места работы (если применимо), форма 1040 и т. д.

Размер семьи: лица, проживающие в вашей семье.

Имя и фамилия	Возраст	Степень родства

Примечание. При необходимости используйте дополнительную страницу.

ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖНО ПОДАТЬ В БОЛЬНИЦУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ В ПЕРИОД ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И ВЗЫСКАНИЯ ЗАДОЛЖЕННОСТИ.

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПОДАЛИ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО УКАЗАННОМУ НИЖЕ АДРЕСУ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПЛАЧИВАТЬ СЧЕТА ДО ПОЛУЧЕНИЯ ОТ БОЛЬНИЦЫ ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ.

ЧТОБЫ ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ, ПРОЧТИТЕ ИЗЛОЖЕННОЕ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЕ И ПОСТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ.

НАСТОЯЩИМ Я ПРОШУ GRACIE SQUARE HOSPITAL ВЫДАТЬ ПИСЬМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО МОЕГО ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ О МОЕМ ЕЖЕГОДНОМ ДОХОДЕ И РАЗМЕРЕ СЕМЬИ, КОТОРУЮ Я УКАЗЫВАЮ В ЗАЯВЛЕНИИ, БУДЕТ ПРОВЕРЕНА БОЛЬНИЦЕЙ. Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, ЧТО, ЕСЛИ УКАЗАННАЯ МНОЙ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРИЗНАНА НЕДОСТОВЕРНОЙ, МНЕ БУДЕТ ОТКАЗАНО В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И С МЕНЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЗЫСКАНА ПЛАТА ЗА ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВЫШЕУКАЗАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ТОЧНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО. КРОМЕ ТОГО, НАСТОЯЩИМ Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ GRACIE SQUARE HOSPITAL РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер счета _____

Заполненное заявление необходимо отправить почтой по адресу:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
или передать по ФАКСУ на номер: 516-801-8504