



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

ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

Номер облікового запису:

Номер медичної картки:

Ім'я пацієнта (прізвище, ім'я, друге ім'я)	Дата народження / /	Номер соціального страхування - - - - -
Поручитель (Особа, відповідальна за оплату отриманих послуг)	Дата народження / /	Номер соціального страхування - - - - -
Адреса	Місто	Штат / поштовий індекс
		Округ
Телефон () - - - - -		

Ви працюєте? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Громадянин США <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо ні, укажіть останню дату працевлаштування: _____	Сімейний стан _____

Члени домогосподарства та інформація про доходи *Укажіть УСІХ членів домогосподарства*****
Також укажіть УСІ джерела доходу домогосподарства, зокрема такі: робота, продовольчі талони, соціальне забезпечення, дитячий SSI, безробіття, компенсація працівникам, аліменти, допомога на дитину, військові виплати, пенсії, дохід від оренди нерухомості тощо.
Надайте всі документи про доходи. Заявки з неповною інформацією буде відхилено.
(Якщо ви сплачуєте податки за іншу особу, надайте інформацію нижче та копії податкових декларацій.)

ВІДСУТНІСТЬ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ДОХОДИ АВТОМАТИЧНО ПРИЗВЕДЕ ДО ВІДХИЛЕННЯ ЗАЯВКИ

Ім'я члена домогосподарства	Пов'язаність	Дата народження	Джерело доходу (зі списку вище...)	Сукупний місячний дохід	Чи заявлено фізичну особу в податковій декларації про доходи домогосподарств? Так чи ні

Чи є у вас бізнес? Якщо так, вам потрібно буде подати копію своєї податкової декларації за останній звітний рік.
 Так Ні (додайте копії Додатку С та/або К)

Житло / нерухомість / інша інформація про нерухомість

Власн.: Так Ні Іпотечний платіж: \$ _____

Оренд.: Так Ні Щомісячна орендна плата: \$ _____

Підписуючи цю заяву, я підтверджую, що інформація, надана в ній, є правдивою та повною, наскільки мені відомо; а також надаю дозвіл на розголошення будь-якої інформації, потрібної для визначення мого права на участь у Програмі фінансової допомоги пацієнтам SRHS (SRHS Patient Financial Assistance Program). Я розумію, що ця заява охоплює лише послуги, що надаються Регіональною системою охорони здоров'я Спартанбурга. Сюди не входять послуги, надані іншими особами, які, можливо, допомагали в обслуговуванні пацієнта. Якщо цю заяву буде схвалено й буде визначено, що джерело оплати моїх послуг наявне, лікарняна благодійність покриє лише решту суми, яка залишиться після сплати з боку джерела оплати.

Підпис заявника:	Дата:	Час:
------------------	-------	------

Пацієнт несе відповідальність за відстеження статусу заявки на отримання фінансової допомоги.

Для отримання фінансової допомоги від SRHS заповніть усі розділи цієї заяви та надішліть її на адресу:

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

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога в заповненні форми, зателефонуйте до відділу обслуговування клієнтів за номером 864-596-1001 або 800-281-5346.