



**РЕГИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКРУГА
СПАРТАНБЕРГ
(Spartanburg Regional Healthcare System)**

Заявление кормильца.

Полное имя пациента:	Номер счета:
----------------------	--------------

Это заявление описывает ежемесячную помощь, получаемую от вас пациентом, с указанием ее суммы в долларах. Помощь включает жилье, питание, личные расходы и т. д.

Заполнив эту форму, вы как кормилец пациента заявляете, что помогаете указанному выше пациенту, бесплатно предоставляя ему жилье в вашем доме либо оплачивая его повседневные расходы. Это никоим образом не возлагает на вас ответственность за оплату больничных счетов пациента.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением этой формы, позвоните в отдел финансового обслуживания пациентов (Patient Financial Services) региональной системы здравоохранения округа Спартанберг по номеру: 864-596-1001 или 800-281-5346.

Полное имя кормильца	Кем приходится пациенту	Контактный номер телефона

Я ежемесячно предоставляю указанному выше пациенту следующую помощь на сумму в долларах (если сумма в долларах не указана, заявка будет отклонена):

Расходы	Сумма в месяц	Примечание (если предусмотрено)
Жилье		
Питание		
Личные расходы		
Прочее		
Всего		

Заявляете ли вы пациента в качестве иждивенца в своей налоговой декларации? Да Нет

Если да, предоставьте подписанный экземпляр налоговой декларации кормильца за последний год. Необходимо предоставить все страницы вашей налоговой декларации.

Если нет, приложите первую страницу (форма 1040A) вашей налоговой декларации, подтверждающую, что вы не являетесь кормильцем пациента.

Подпись кормильца

Подпись пациента

Дата

Время

Дата

Время

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