



Заявление на получение финансовой помощи в медицинских учреждениях имени Джонса Хопкинса

Просим вас заполнить и вернуть нам прилагаемые бланки вместе со следующими документами.

Бланки для заполнения и отправки:

Стандартная форма заявления на получение финансовой помощи штата Мэриленд (прилагается)

Документы для отправки:

1. Копия налоговой декларации за последний год. (в случае раздельной подачи налоговых деклараций супругами, необходимо также приложить копию декларации супруга/супруги).
2. Копия последних 3 квитанций о начислении заработной платы, справка с места работы или документ, подтверждающий статус безработного.
1. Копия письма о назначении социального пособия (при наличии)
2. Копия решения о включении в программы медицинской помощи малоимущим или социального обеспечения.
3. Документы, подтверждающие указанные в заявлении ваши ежемесячные расходы на проживание, например, копии телефонных счетов, счета за газ и электроэнергию, квитанции по арендной плате/ипотеке.
4. Копии неоплаченных счетов за медицинские услуги.
5. Копии всех карт медицинского страхования.
6. Документ, подтверждающий адрес проживания, например удостоверение личности, водительские права, свидетельство о рождении или вид на жительство (грин-карта).

ДОКУМЕНТЫ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПО АДРЕСУ:

JOHNS HOPKINS RCM

3910 КЕСВИК РОУД, ОФИС S-5100 [3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100]

Получатель: КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ПО ВОПРОСАМ ПОЛУЧЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ БАЛТИМОР, ШТАТ МЭРИЛЕНД, 21211 [BALTIMORE, MD 21211]



Стандартная форма заявления на получение финансовой помощи штата Мэриленд

Информация о Вас

Имя: _____
Имя Отчество Фамилия

Номер социального страхования _____ - _____ - _____ Семейное положение: Не состою в браке Состою в браке Раздельное проживание

Гражданство США ДА НЕТ Статус постоянного жителя: ДА НЕТ

Домашний адрес: _____ Телефон _____

Город Штат Почтовый индекс Округ

Место работы: _____ Телефон _____

Рабочий адрес: _____

Город Штат Почтовый индекс

Члены семьи:

		<u>ЗАЯВИТЕЛЬ</u>
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____
Имя _____	Возраст _____	Кем приходится заявителю _____

Подавали ли Вы заявку на включение в государственную программу медицинской помощи нуждающимся?
 ДА НЕТ

Если да, укажите дату подачи. _____
 Какое решение было принято? _____

Получаете ли вы какие-либо льготы или пособия от государства или округа? ДА НЕТ

I. Доход семьи

Укажите ваш совокупный доход в месяц. Будьте готовы предоставить документы, подтверждающие ваш доход, наличие имущества, расходы. В случае отсутствия дохода, приложите письмо от лица, предоставляющего Вам жилье и питание.

	Размер ежемесячного дохода
Работа	_____
Пенсионное пособие	_____
Пособие по социальному обеспечению	_____
Пособие по государственному социальному обеспечению	_____
Пособие по инвалидности	_____
Пособие по безработице	_____
Пособие ветерану войны	_____
Алименты	_____
Доходы от сдачи имущества в аренду	_____
Пособие бастующим со стороны профсоюза	_____
Пособие для военнослужащих	_____
Фермерское хозяйство или индивидуальное предпринимательство	_____
Другой источник дохода	_____
Всего	_____

II. Ликвидные средства

	Сумма на счёте
Бессрочный вклад	_____
Сберегательный счёт	_____
Акции, облигации, депозитные сертификаты, краткосрочные долговые инструменты	_____
Другие счета	_____
Всего	_____

III. Прочее имущество

Если Вы владеете чем-либо из ниже перечисленного, укажите тип и приблизительную стоимость.

Дом	Остаток по кредиту _____	Приблизительная стоимость _____
Машина	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Другое транспортное средство	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Другое транспортное средство	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Другая собственность		Приблизительная стоимость _____
		Всего _____

IV. Ежемесячные расходы

	Сумма
Оплата ипотеки или аренды	_____
Коммунальные платежи	_____
Платежи за машину	_____
Кредитные карты	_____
Автострахование	_____
Медстрахование	_____
Прочие медицинские расходы	_____
Прочие расходы	_____
Есть ли у Вас другие неоплаченные счета за медицинские услуги?	ДА НЕТ
Укажите тип услуги _____	
Если достигнуто соглашение по графику платежей в рассрочку, какова сумма ежемесячных выплат?	_____

Для определения соответствия критериям на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением:

Доход семьи за последние двенадцать (12) месяцев, предшествующих дате подачи этого заявления: _

Сумма долга за медицинские услуги, оказанные медицинскими учреждениями им. Джонса Хопкинса (за исключением платежей совместно со страховой компанией, обязательных фиксированных платежей, а также сумм нестрахуемого минимума) за последние двенадцать (12) календарных месяцев, предшествующих дате подачи этого заявления:

Дата предоставления медуслуги	Сумма задолженности
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Для определения предположительного соответствия критериям на получение финансовой помощи:

1. Возраст пациента _____
2. Является ли пациентка беременной? _____ Да или Нет
3. Проживают ли вместе с пациентом несовершеннолетние дети (младше 21 года)? _____ Да или Нет
4. Пациент незрячий или существует вероятность потери им трудоспособности на 12 и более месяцев вследствие оплачиваемой работы? _____ Да или Нет
5. Пациент в настоящее время участвует в программах «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI) или «Социальное страхование на случай потери трудоспособности» (SSDI)? _____ Да или Нет
6. Совокупный размер средств на всех банковских счетах пациента (включая счета супруга/супруги, при наличии) или стоимость имущества, которое может быть конвертировано в наличные средства, превышает указанные ниже значения? _____ Да или Нет

Размер семьи:

Семья из одного человека: \$2500,00

Семья из двух человек: \$3000,00

На каждого дополнительного члена семьи добавить \$100,00

(Пример: Если размер всего ликвидного имущества семьи из четырех человек составляет менее \$3200,00, следует ответить ДА)

7. Пациент постоянно проживает в штате Мэриленд?
Если пациент не является жителем штата Мэриленд, в каком штате он проживает? _____ Да или Нет
8. Пациент является лицом без определенного места жительства? _____ Да или Нет
9. Пациент участвует в «Программе помощи женщинам, младенцам и детям из семей с недостаточным доходом» (WIC)? _____ Да или Нет
10. Дети пациента получают бесплатное или частично оплачиваемое школьное питание? _____ Да или Нет
11. Семья пациента участвует в программе оказания помощи людям с низким доходом в оплате за энергопотребление? _____ Да или Нет
12. Пациент получает продуктовые талоны? _____ Да или Нет
13. Пациент зачислен в программу медицинского обслуживания «Хелфи Говард» (Healthy Howard) или «Чейз Брэкстон» (Chase Brexton)? _____ Да или Нет
14. Получал ли пациент направление в медицинские учреждения Джонса Хопкинса из таких организаций, как «Католик Черитиз» (Catholic Charities), «Мобайл Мед» (Mobile Med), Ассоциации по борьбе с раковыми заболеваниями округа Монтгомери (Montg Co Cancer Crusade), «Праимери Кеэ Коалишн» (Primary Care Coalition), «Монтгомери Кеэрз» (Montgomery Cares), «Проджект Аксесс» (Project Access), «Проекто Салюд» (Proyecto Salud)? _____ Да или Нет
15. Пациент в настоящий момент получает:
Материальную помощь только на приобретение лекарств _____ Да или Нет
Льготы в рамках программы «Медикэр» для правомочных получателей страхового обеспечения (QMB) / для особых категорий граждан с низким доходом (SLMB) _____ Да или Нет
16. Пациент официально трудоустроен?
Если нет, укажите дату увольнения. _____ Да или Нет
Пациент имеет право на участие в «Программе медицинского страхования для уволенных работников» (COBRA)? _____ Да или Нет

Все предоставленные документы будут приобщены к заявлению.

Если Вы подаете запрос на получение дополнительной финансовой помощи, Сеть медицинских учреждений им. Джонса Хопкинса может запросить дополнительную информацию для принятия соответствующего решения. Подписывая данный бланк заявления Вы подтверждаете, что вся указанная информация отвечает действительности и обязуетесь уведомить Сеть медицинских учреждений им. Джонса Хопкинса об изменениях в предоставленной информации в течение десяти дней с момента их возникновения. Я подтверждаю, что насколько мне известно, вся содержащаяся в данном заявлении информация является точной и полной.

Подпись заявителя

Дата

Кем приходится заявителю