

## ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОГО ПОСОБИЯ

1. ИМЯ ПАЦИЕНТА \_\_\_\_\_ № СОЦ. СТРАХ. \_\_\_\_\_
2. ИМЯ РОДИТЕЛЯ (если пациент несовершеннолетний) \_\_\_\_\_ № СОЦ. СТРАХ. \_\_\_\_\_
3. ИМЯ СУПРУГА/СУПРУГИ \_\_\_\_\_ № СОЦ. СТРАХ. \_\_\_\_\_
4. АДРЕС ТЕКУЩЕГО ПРОЖИВАНИЯ: \_\_\_\_\_

5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если он отличается от вышеуказанного): \_\_\_\_\_
6. ЧИСЛО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ \_\_\_\_\_

7. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДОВ**  
(Перечислите всех лиц, проживающих в вашем доме)

Имя	Кем приходится пациенту	Адрес работодателя	Ежемесячный доход

8. ОБЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ \$ \_\_\_\_\_ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА \$ \_\_\_\_\_.

9. Получает ли семья еще какие-либо доходы? \_\_\_\_\_ (если да, укажите источник и ежемесячный объем)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10. **ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ**

АРЕНДНАЯ ПЛАТА/ИПОТЕКА	\$	ТРАНСПОРТ	\$
ПЛАТЕЖИ ЗА АВТОМОБИЛЬ №1	\$	КРЕДИТЫ ПО ОТКРЫТЫМ СЧЕТАМ	\$
ПЛАТЕЖИ ЗА АВТОМОБИЛЬ №2	\$	АЛИМЕНТЫ НА РЕБЕНКА	\$
ОПЛАТА СЧЕТОВ ЗА ЖКХ	\$	ДРУГОЕ	\$
ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ	\$	ИТОГО	\$

# Mount Sinai

MEDICAL CENTER

11. Подавали ли вы раньше заявки на получение государственного пособия (MEDICAID, SSI и т.п.) для оплаты ваших счетов за медицинское обслуживание? \_\_\_\_\_. Каков был исход вашего дела? \_\_\_\_\_.

12. Хотите ли вы, чтобы мы учли при рассмотрении вашей заявки какую-либо иную информацию?

---

---

Я осознаю, что предоставленная мною информация подлежит проверке Медицинским центром «Маунт Синай». Я подтверждаю, что приведенная выше информация является точной и достоверной, и я понимаю, что в соответствии со Статутом штата Флорида 817.50 предоставление ложной информации в целях мошеннического получения товаров или услуг от больничного учреждения является правонарушением второй степени.

Я соглашаюсь подать заявку на получение любых пособий (Medicaid, SSI и т.д.), которые могут принять форму оплаты услуг, предоставленных больницей, и я предприму все необходимые меры для получения таких пособий. Я понимаю, что больница вправе пересмотреть мой финансовый статус в любое время.

Настоящим я уполномочиваю Медицинский центр «Маунт Синай» или его представителя на проведение проверки кредитной истории и занятости.

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, заполняющего заявку  
MIA 292697-2.064061.0011

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Свидетель