

## Заявление на получение финансовой помощи

См. уровни дохода в Политике финансовой помощи. Возникли вопросы по поводу заявления? Обратитесь в отдел финансового обслуживания пациентов Ridgeview по номеру 952-442-8054 или 866-286-9840.

Информация о заявителе			
Имя, фамилия:		Дата рождения:	
Адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Основной телефон:		Семейное положение*:	
У вас есть действующее медицинское страховое покрытие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Имя, фамилия супруга(-и)/партнера:		Дата рождения:	
У вашего(-й) супруга(-и) /партнера есть действующее медицинское страховое покрытие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

Иждивенцы, заявленные в федеральной налоговой декларации (при необходимости приложите дополнительные страницы)			
Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится	Есть действующее медицинское страховое покрытие
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Доход от работы по найму		
<p>Есть ли у вас, вашего(-й) супруга(-и)/партнера или иждивенцев доход от работы по найму? <input type="checkbox"/> Нет** <input type="checkbox"/> Да — укажите ниже.</p> <p>Требуется документ, подтверждающий получение дохода от работы по найму.</p> <p>**Нет дохода? На отдельной странице объясните, как вы обеспечиваете себя.</p>		
Имя, фамилия	Имя, фамилия работодателя	Почасовая оплата/оклад

Доход из другого источника		
<p>Получаете ли вы, ваша (ваш) супруга (супруг)/партнер или иждивенцы доход из источника, не связанного с работой? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да — укажите ниже.</p> <p>Требуется документ, подтверждающий получение дохода из другого источника.</p> <p>Доход включает: пенсию, проценты/дивиденды, аннуитеты, пособие по безработице, доход от аренды, пособия в для ветеранов, трасты, социальное обеспечение, супружеские алименты, алименты на ребенка, доход от сельского хозяйства, военный доход, средства, заработные иждивенцами, или любой иной доход.</p>		
Имя, фамилия	Вид дохода	Полученная сумма за год

Банковские данные/ликвидные активы

Есть ли у вас, вашего(-й) супруга(-и)/партнера или иждивенцев ликвидные активы?  Нет  Да — укажите ниже.

Требуется документальное подтверждение банковской информации/ликвидных активов.

Ликвидные активы включают наличное имущество, которое можно легко конвертировать в наличные средства, например: сберегательные и чековые счета, акции, облигации, депозитные сертификаты, аннуитеты и депозитные счета денежного рынка.

Тип актива	Название финансового учреждения	Оценочная стоимость

### Расходы домохозяйства (ежемесячные)

Ипотека/аренда	Коммунальные услуги	Медицинская задолженность

### Особые обстоятельства\* (при необходимости приложите дополнительные страницы)

Укажите свои особые обстоятельства\*:

--

### Перечень документов

Приложите ксерокопии подтверждающих документов (если применимо).

<input type="checkbox"/> Форма федеральной налоговой декларации (самой последней)	<input type="checkbox"/> Банковские выписки (самые последние)	<input type="checkbox"/> Квитанции о начислении заработной платы* (самые последние — 3 месяца)	<input type="checkbox"/> Доказательство наличия ликвидных активов
<input type="checkbox"/> Пособия по безработице	<input type="checkbox"/> Пособия по социальному обеспечению*	<input type="checkbox"/> Отказ в услугах по программе Medical Assistance*	

\*Не применимо к отделениям Национального корпуса медицинского обслуживания: клиники Ridgeview в Арлингтоне, Гейлорде, Хендерсоне и Уинтропе.

### Подтверждение и подпись

Я подтверждаю, что информация, предоставленная в данном заявлении, насколько мне известно, является правдивой и точной. Я понимаю, что любая неверно указанная, вводящая в заблуждение, отсутствующая или ложная информация может стать причиной отказа в праве на пособие в рамках финансовой помощи и этот отказ будет иметь обратную силу. Также подразумевается, что подписывая данную форму, я разрешаю Ridgeview проверить всю указанную информацию и я предоставил(-а) все необходимые документы.

Подпись заявителя:	Дата:
--------------------	-------

Отправьте заполненное заявление на получение финансовой помощи и подтверждающие документы по факсу 952-442-8052 или по почте: Ridgeview, Attention: Patient Financial Services, 500 S. Maple St., Waconia MN 55387.

### For Internal Use

Application has been:  Approved Full  Approved 75%  Approved AGB \_\_\_\_\_%  Denied

Reason for Denial:  Requested documents not received  Did not apply for Medical Assistance  Income exceeds guidelines

Other, explain \_\_\_\_\_

Reviewer Notes:	Reviewer Notes:
Director Approval:	Director Approval:
Medical Record Number:	
Approval Sent: <input type="checkbox"/>	Approval Sent: <input type="checkbox"/>
Approval Sent: <input type="checkbox"/>	Approval Sent: <input type="checkbox"/>