

UC DAVIS HEALTH

Заявление на получение финансовой помощи

1. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА					
Фамилия		Имя		№ счёта поручителя	№ медкарты
2. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
Фамилия		Имя		Женат/замужем Не в браке Разведен(а)	
Дата рождения		Число иждивенцев		Возраст иждивенцев	
				Номер телефона ()	
Улица, № дома (не указывайте А/Я)		Город		Штат	Округ
					Индекс
3. Covid-19					
Испытывает ли пациент финансовые трудности, вызванные пандемией COVID-19 (потеря работы или сокращение рабочих часов)? Да Нет					
4. ДАННЫЕ О ДОХОДЕ (Подтверждающая документация обязательна)					
Источник месячного дохода	Заявитель		Со-заявитель		Совокупный месячный доход
Трудовой доход	\$		\$		\$
Алименты на ребёнка	\$		\$		\$
Супружеские алименты	\$		\$		\$
Социальное пособие	\$		\$		\$
Дарственная	\$		\$		\$
Другое (пособие по безработице, пенсия и т. п.)	\$		\$		\$
Общий совокупный месячный доход					\$
Обеспечивают ли вам семья/друзья проживание и питание? Да Нет					
5. Ликвидные активы (Подтверждающая документация обязательна)					
Чековый счёт/счёт денежного рынка/сберегательный счёт:					
Название банка	Отделение/адрес			Текущий баланс	
1.				\$	
2.				\$	
3.				\$	
Другие наличные активы (ценные бумаги/акции/облигации/наличная ценность страхования жизни/возврат налогов/т. п.)					
1.				\$	
2.				\$	
Общая стоимость активов					\$

6. Неликвидные активы				
	Марка/год	Сумма долга	Месячный платёж	Ценность
1-я машина		\$	\$	\$
2-я машина		\$	\$	\$
Другое		\$	\$	\$
Общая сумма (за исключением 1-го трансп. средства)		\$	\$	\$
Владеете ли вы своим основным местом жительства?			Да:	Нет:
Владеете ли вы другой недвижимостью помимо осн. места жительства?			Да:	Нет:
Адрес/местоположение:				
		Сумма долга	Месячный платёж	Ценность
Другая недвижимость		\$	\$	\$
Сложите общую ценность транспортных средств и стоимость другой недвижимости за вычетом кредита = ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ НЕЛИКВИДНЫХ АКТИВОВ				\$
7. Месячные расходы				
			Остаток долга	Месячный платёж
Алименты на ребёнка (если ребёнок не указывается в качестве иждивенца)			\$	\$
Ипотека / аренда			\$	\$
Продукты питания			\$	\$
Счета общего характера (коммунальные услуги или регулярные счета)			\$	\$
Другое			\$	\$
Промежуточная сумма расходов				\$
Общая сумма платежей за транспортное средство из раздела 6			\$	\$
Медицинские/стоматологические расходы (включая UC DH)			\$	\$
Кредитные счёта/займы/кредитные карты:				
1.			\$	\$
2.			\$	\$
Общая сумма расходов:				\$
8. Подпись и дата				
<p>НАЗНАЧЕНИЕ: Назначение данной информации состоит в том, чтобы определить вашу способность оплатить оказываемые в UC DH услуги или ваше правомочие участвовать в программе финансовой помощи. Данная информация НЕ является заявкой на получение льгот в рамках Medi-Cal, программы округа Сакраменто по оказанию услуг для неимущих лиц, нуждающихся в медицинской помощи, или программы помощи, предлагаемой каким-либо другим округом. В ЦЕЛЯХ ПОДАЧИ ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ ПОМОЩИ, ВЫ ОБЯЗАНЫ СВЯЗАТЬСЯ С ДЕПАРТАМЕНТОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА, В КОТОРОМ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ.</p> <p>Я свидетельствую, что вышеуказанная информация является полной и точной. Я понимаю, что больница оставляет за собой право подтвердить всю предоставленную информацию. Я соглашаюсь уведомить Отдел обслуживания клиентов по вопросам счетов пациентов UC DH по телефону (916) 734-9200 о любых изменениях в моей финансовой информации в течение 10 дней после такого изменения. Я ПОНИМАЮ, ЧТО Я ПО-ПРЕЖНЕМУ НЕСУ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОПЛАТУ ВСЕЙ СУММЫ ПРЕДЪЯВЛЕННЫХ МНЕ СЧЕТОВ ЗА УСЛУГИ, ОКАЗАННЫЕ UC DH.</p>				
----- Подпись пациента / ответственной стороны			----- Дата	