

**MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM**  
**Форма оценки финансового положения**

Номер счета	Номер MR
-------------	----------

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, представьте следующую информацию точно и в полном объеме. Информация подлежит проверке. **В соответствии со статьей 817.50 Закона штата Флорида, предоставление недостоверной информации в целях совершения мошеннических действий в отношении медицинского учреждения для получения товаров или услуг является преступлением второй (2-й) степени тяжести.**

Список членов семьи	Дата рождения	Родство с пациентом	Работодатель

Месячный доход		Месячные расходы	
Оклад лица, ответственного за оплату, до вычета налогов	\$	Аренда или владение жильем	\$
Оклад супруга/супруги до вычета налогов	\$	Электроэнергия	\$
Другой доход:	\$	Телефон	\$

Активы	
Расчетный счет	\$
Сберегательный счет/счет денежного рынка/депозитные сертификаты	\$
Стоимость жилища (жилищ)	\$

Я подтверждаю, что информация, предоставленная мною выше, точно и достоверно отображает мою финансовую информацию. Также я подтверждаю, что у данного пациента нет дополнительного страхового покрытия, кроме указанного при регистрации. Я понимаю, что предоставление недостоверной информации повлечет за собой отказ в какой-либо финансовой помощи от South Broward Hospital District, осуществляющего свою деятельность как Memorial Healthcare System. В случае возникновения права на иск к третьему лицу или денежное покрытие от третьего лица я обязуюсь принять все меры, необходимые или требуемые Memorial Healthcare System для получения такой помощи, и передать ее Memorial Healthcare System, и при получении оплатить Memorial Healthcare System всю компенсированную сумму до полного размера задолженности по моему счету. Неиспользование возможности подать заявку на такую помощь, выполнить весь процесс подачи заявки или предпринять меры, оправданно необходимые или требуемые Memorial Healthcare System, повлечет за собой отклонение настоящей заявки. Также я разрешаю сотрудникам Memorial Healthcare System проверить мою кредитную историю посредством кредитного бюро, если они сочтут это целесообразным.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента (лица,  
ответственного за оплату)

\_\_\_\_\_  
Дата

[Обозначение]



**ТАБЛИЦА D**

**РАЗДЕЛ 1: УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ**

Пожалуйста, представьте **ОДИН** из следующих документов:

- действующую идентификационную карту штата Флорида;
- действующее водительское удостоверение;
- другой документ государственного образца, удостоверяющий личность (для заявителей, у которых нет права на получение идентификационной карты штата Флорида).

**РАЗДЕЛ 2: СООТВЕТСТВИЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ**

Если Вы являетесь гражданином или легальным жителем США на протяжении 5 лет или более, **И** Ваш возраст составляет 65 лет или более, **ИЛИ** Вы пользуетесь льготами по инвалидности, **ИЛИ** в Вашей семье есть дети до 18 лет, находящиеся на иждивении, Вы **ОБЯЗАНЫ** предоставить **ОДИН** из следующих документов:

- подтверждение подачи заявки в Medicaid **перед** обращением за помощью по данной программе;
- письмо об отказе в участии в программе Medicaid.

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА**

Перечисленные документы **ДОЛЖНЫ** быть оформлены на **Ваше имя или на имя Вашего мужа/жены:**

**РАЗДЕЛ 2А**

Пожалуйста, представьте **ОДИН** из этих документов:

- текущий счет за электроэнергию
- текущий счет за водоснабжение
- текущий счет за домашний телефон
- текущий счет за кабельное телевидение
- текущий счет за Интернет
- текущий счет за спутниковое телевидение

**А ТАКЖЕ ОДИН** из этих документов:

- текущая выписка по ипотечному кредиту
- льгота по гомстеду
- отчет об уплате налога на недвижимость
- свидетельство о владении недвижимостью
- договор аренды\*
- текущее свидетельство о регистрации транспортного средства
- документ, подтверждающий местожительство, с нотариальным заверением
- договор субаренды

\*Если договор аренды предусматривает, что коммунальные услуги включены в арендную плату, вместе с договором аренды необходимо подать два письма от коммерческих или государственных структур, адресованных на Ваше имя.

Если РАЗДЕЛ 2А заполнен, Вы можете пропустить РАЗДЕЛЫ 2В и 2С и перейти к РАЗДЕЛАМ 3 и 4.

Если у Вас нет возможности представить **ДВА** документа из перечисленных в РАЗДЕЛЕ 2А, для продолжения **НЕОБХОДИМО** заполнить РАЗДЕЛЫ 2В и 2С.

**РАЗДЕЛ 2В**

Если Вы пользуетесь жильем в субаренде, снимаете комнату или не платите за проживание самостоятельно, **НЕОБХОДИМО** представить **ДВА** документа из перечисленных со сроком выдачи не более 90 дней (3 месяца):

- письмо от коммерческих структур: выписка по кредитной карте, выписка из банковского счета, выписка по кредиту на автомобиль, любой счет на личное имя;
- письмо от государственных структур: письмо по программе продовольственной помощи населению;
- декларацию о постоянном месте жительства от Broward County Governmental Center;
- документ, подтверждающий арендную плату;
- школьное расписание.

## РАЗДЕЛ 2С

Если Вы не платите за проживание самостоятельно, НЕОБХОДИМО предоставить **ВСЬ** список документов, указанных ниже, дополнительно к документам из РАЗДЕЛА 3В:

- письмо о содержании с нотариальным заверением от лица, которое Вас содержит, ИЛИ официальную справку бездомного с нотариальным заверением, выданную приютом для бездомных South Broward District Homeless Shelter (с датой выдачи не более 30 дней до текущей даты);
- документ, подтверждающий тот факт, что Вы являетесь ребенком, родителем или братом/сестрой содержателя, ИЛИ что содержатель заявляет о Вас в целях федерального налогообложения дохода, ИЛИ подтверждение участия в соответствующей официальной программе социального обеспечения для бездомных в округе Южный Броуард;
- заявители, подающие письмо о содержании, должны также подать копию идентификационной карты с фотографией содержателя.

## РАЗДЕЛ 3: ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ГРАЖДАНСТВА ИЛИ ИММИГРАЦИОННОГО СТАТУСА

### Иностранцы граждане и приезжие:

ДОЛЖНЫ представить **ОДИН** из следующих документов для каждого члена семьи:

- разрешение на трудоустройство;
- документ, подтверждающий место жительства в округе Южный Броуард;
- идентификационную карту штата Флорида или карту социального обеспечения;
- паспорт с визой и форму I-94;
- карточку резидента.

## РАЗДЕЛ 4: ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА

Родители с детьми, состоящие в официальном браке или нет, **ДОЛЖНЫ** представить подтверждение дохода всех членов семьи.

Пожалуйста, представьте **ОДИН** из следующих документов:

- корешки расчетных чеков, демонстрирующих общий доход, полученный Вами, Вашим мужем/женой или сожителем и всеми членами семьи за последние 6 недель;
- письмо с датой от работодателя на фирменном бланке с указанием времени работы и общей заработной платы;
- заполненную декларацию о доходах (допустимо для самозанятых заявителей).

Пожалуйста, представьте документы по **ВСЕМУ** перечисленному, если это относится к Вам:

- финансовая помощь лицам с детьми-иждивенцами;
- алименты;
- пособие на ребенка;
- доход от пособия по инвалидности;
- доход от социального обеспечения;
- компенсация по безработице;
- пенсия;
- доход от дивидендов;
- финансовая рента;
- компенсация служащим, получившим травмы на работе.

Пожалуйста, представьте **ОДИН** из следующих документов:

- последние 3 выписки по счету по ВСЕМ личным счетам (текущим, депозитным и индивидуальным пенсионным счетам, депозитным сертификатам, депозитным счетам денежного рынка и счетам облигаций) И бизнес-счетам, принадлежащим Вам, Вашему мужу/жене (или сожителю) и иждивенцам;
- платежные документы по всем месячным расходам заявителя или содержателя за последние 3 месяца (т.е. денежные переводы, квитанции, обналиченные чеки).

Пожалуйста, представьте **ОДИН** из следующих документов:

(необходимо предоставить все страницы, в том числе формы 1040, W-2, формы 1099 и все шкалы налоговых ставок)

- текущая декларация о подоходном налоге – если подается отдельно, необходимо предоставить обе налоговые декларации (**все формы и страницы**);
- налоговая декларация о личном доходе и доходе от предпринимательской деятельности – Ваша, Вашего мужа/жены и всех членов семьи (**все формы и страницы**);
- форма 4506-T: выписка из реестра налогового учета (**копию выписки можно получить бесплатно в налоговой службе IRS, позвонив по телефону 1-800-908-9946**);
- Если Вы – самозанятое лицо, НЕОБХОДИМО представить форму декларации о подоходном налоге целиком (**все формы и страницы**).

**Иностранцы граждане и приезжие:**

Пожалуйста, представьте следующие документы:

- документ, подтверждающий оплату перелета в США;
- документальное подтверждение доходов и расходов в стране происхождения;
- документальное подтверждение содержания во время пребывания в США;
- документальное подтверждение спонсора в США.

**В целях оформления заявки Вам может понадобиться предоставить дополнительную информацию или документы.**

**Вся информация будет проверена.**

**По вопросам, касающимся соответствия требованиям для получения финансовой помощи, обращайтесь в службу поддержки по телефону (954) 276 5501.**