



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Личная и конфиденциальная информация

Гарант:

Номер дела:

Пациенты, включенные в дело:

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали Trinity Health Michigan в качестве своего поставщика медицинских услуг. Заполните прилагаемую заявку и верните ее по указанному ниже адресу, чтобы завершить процесс оценки Вашего соответствия критериям получения финансовой помощи.

Если у Вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с нашим Центром клиентской поддержки по телефону 800-494-5797 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по восточному времени.

С уважением,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

От имени Trinity Health Michigan

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Заполните и подпишите форму заявки и верните ее в течение 10 дней, приложив копии следующих документов:

Документы, необходимые для проверки

- Подтверждение валового дохода за последний месяц
- Полные банковские выписки за последние два месяца по всем банковским счетам, включая все страницы (пояснения относительно пополняемых вкладов)
- Недавние налоговые декларации (форма 1040 с Приложением С, Е или F) или отчеты о прибылях и убытках за три месяца (для самозанятых/иждивенцев)

Предоставьте следующую информацию или документы, если необходимо

- Последняя форма W2 для сезонного дохода
- Пособие по безработице/письмо об отказе
- Доход от алиментов/пособия на ребенка
- Нет дохода – заполните в заявке раздел с письмом о финансовой поддержке.

Информация о пациенте

Имя и фамилия пациента		Дата рождения	
Номер социального страхования/EIN (необязательно)	Мобильный номер телефона	Другой номер телефона	
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты	Жителем какого штата вы являетесь		
Семейное положение <input type="checkbox"/> Холост/ не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Разведен/разведена <input type="checkbox"/> Другое _____			
Подаете ли вы федеральную налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, то почему?		Можете ли вы быть признаны иждивенцем согласно налоговой декларации другого человека <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Имели ли вы или ваши иждивенцы медицинскую страховку на момент получения услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (предоставьте копию страхового полиса)			
Вы зарегистрированы и проживаете в США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать			



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Члены семьи, включая вас, согласно вашим последним налоговым декларациям	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Указаны в налоговой декларации (Да/Нет)[

Подтверждение дохода для всех членов семьи [Income Verification for all household members]

Источник ежемесячного дохода	Кто это получает ?	Валовой ежемесячный доход (до уплаты налогов)	Источник ежемесячного дохода	Кто это получает ?	Валовой ежемесячный доход (до уплаты налогов)
Заработная плата			Компенсация работающим		
Социальное обеспечение/инвалидность			Безработный [
Пенсия			Пособие на ребенка/алимент		
Самозанятый			Доход от сдачи земли в аренду		
Социальное обеспечение			Другое		

Письмо о финансовой поддержке. Заполняется только лицом, оказывающим поддержку

- Я оплачиваю более 50% бытовых расходов пациента, но не могу помочь с оплатой медицинских счетов.
- Подписывая это письмо, я подтверждаю, что приведенная выше информация верна, и я никоим образом не буду нести ответственность за счета пациента. Если у вас есть вопросы, свяжитесь со мной по телефону _____ (номер телефона)

Имя и фамилия лица, оказывающего поддержку

Степень родства с пациентом

Подпись лица, оказывающего поддержку

Дата

ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДОВ



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, указанная в настоящем заявлении, является полной и достоверной. Я понимаю, что предоставленная информация подлежит проверке. Я буду нести ответственность за оплату любых услуг, предоставленных аффилированными организациями Trinity Health, если вышеуказанная информация предоставлена под ложным предлогом.

Подпись пациента : _____ Дата: _____

Или подпись официального опекуна (если применимо): _____ Дата : _____

Степень родства с пациентом : _____ Дата : _____

Отправьте заявку по указанному выше адресу, отправьте документы по факсу 312-871-3350 или загрузите через портал MyChart (портал для пациентов) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с нашим Центром клиентской поддержки по номеру 800-494-5797 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по восточному времени.