

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ HOSPITAL CARE ASSURANCE (HCAAP) или ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Личная и конфиденциальная информация

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Гарант: Guarantor smarttext

Номер дела: smarttext

Пациенты, включенные в дело:

- smarttext patient name(s)

Уважаемый(-ая) patient name smarttext,

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали RHM smarttext 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 RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ HOSPITAL CARE ASSURANCE (HCAAP) или 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 Подтверждение валового дохода за последние три месяца (при подаче заявления на HCAAP)
- 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 C, E 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 _____					
Дата(ы) оказания услуг в больнице: С _____ Кому _____					
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					
Члены семьи, включая вас самих, на основании ваших недавних налоговых деклараций	Дата рождения	Отношение к пациенту	Доход за 3 месяца до госпитализации	Доход за 12 месяцев до начала службы в больнице	Снаправлен на налоговую декларацию (Y/N)
(Терпеливый)		сам			

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ HOSPITAL CARE ASSURANCE (HCAAP) или ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Для оплаты лечения и профессиональных услуг учреждений и врачей Trinity Health

Подтверждение дохода для всех членов семьи

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/алименты		
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**

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.