

Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней  
**Заявление на получение финансовой помощи**

**Информация о пациенте и семье (при необходимости используйте также обратную сторону формы):**

Дата: \_\_\_\_\_  
Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Номер телефона: \_\_\_\_\_

**Лицо или лица, несущие финансовую ответственность:**

Степень родства между лицом или лицами, несущими финансовую ответственность, и пациентом:

Самостоятельно       Родитель       Супруг(а)  
 Взрослый ребенок       Родной брат или сестра       Другие \_\_\_\_\_

**Имел ли пациент медицинское страхование на время оказания услуг:**

Да       Нет

Если да, приложить копию карты медицинского страхования (лицевую и обратную сторону) и указать следующую информацию:

Наименование страховой компании: \_\_\_\_\_  
Номер полиса: \_\_\_\_\_  
Номер группы: \_\_\_\_\_  
Имя абонента \_\_\_\_\_

Перечислить членов семьи, включая пациента, супруга (супругу), родителей, детей и родных братьев или сестер, проживающих в доме пациента:

	Члены семьи	Возраст	Степень родства с пациентом
1.			
2.			
3.			
4.			

**Доход:** Указать ВСЕ доходы для ответственных лиц, включая заработную плату до удержания налогов, доход от сдачи имущества в аренду, пособие по безработице, пособия по социальному обеспечению, доходы от пенсии, пособие на ребенка, алименты, и т.д.:

**Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней**  
**Заявление на получение финансовой помощи**

Член семьи	Источник доходов или работодатель	Месячный доход
1.		
2.		
3.		

Просьба представить **копии** двух следующих друг за другом справок о начислении заработной платы, писем о назначении пособий или заявлений, подтверждающих другой доход, либо последнюю федеральную налоговую декларацию.

Продолжить заполнение формы на следующей странице.

**Активы:** Перечислить финансовые активы, такие как сбережения и текущие счета, вкладные сертификаты, акции и паевые инвестиционные фонды. Сюда не включаются пенсионные планы или план с отсрочкой выплат компенсации:

Финансовое учреждение	Тип счета	Номер счета	Остаток
1.			
2.			
3.			
4.			

Просьба представить **копии** текущего отчета по каждому из счетов.

**Расходы на медицинское обслуживание:** При наличии расходов на медицинское обслуживание члена семьи, которые вы хотели бы учесть при определении суммы, которую вы в состоянии выплатить, просьба указать следующую информацию:

Больничные расходы:

Название учреждения	Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся сумма, к выплате	Имя пациента
1.			
2.			
3.			

Расходы на услуги врачей:

Имя врача или название врачебной практики	Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся сумма, к выплате	Имя пациента
1.			
2.			
3.			

Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней  
**Заявление на получение финансовой помощи**

Другие счета за медицинские услуги:

Название поставщика услуг	Сумма, выплаченная за последние 12 месяцев	Оставшаяся сумма, к выплате	Имя пациента
1.			
2.			
3.			

Просьба представить **копии** всех отчетов, указывающих суммы, все еще причитающиеся к выплате.

Продолжить заполнение формы на следующей странице.

Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней  
**Заявление на получение финансовой помощи**

**Чрезвычайные финансовые обстоятельства:** Просьба представить всю применимую информацию:

Безработица:

Ответственное лицо является безработным

Дата последнего выхода на работу:

Задолженность по оплате жилья:

Домашний адрес	Является ли жилье арендованным или собственным	Сумма задолженности (арендная плата или основная часть и проценты ипотеки, налоги на недвижимость и страхование)

Просьба представить **копию** текущих отчетов, указывающих суммы, выплата которых просрочена.

Разъяснить все остальные чрезвычайные финансовые обстоятельства, которые ответственное лицо хотело бы принять в расчет при определении суммы, которую оно в состоянии выплатить:

Описать другие чрезвычайные финансовые обстоятельства	Ежемесячный платеж	Сумма, все еще причитающаяся к выплате	Сумма, выплата которой просрочена

Просьба представить **копии** любой дополнительной документации, подтверждающей другие чрезвычайные финансовые обстоятельства, которые вы хотели бы принять в расчет при определении суммы, которую вы в состоянии выплатить.

**Другие ответственные лица:** Просьба указать, существует ли какое-либо другое лицо, не указанное выше, которое является юридически ответственным за покрытие расходов на медицинское обслуживание пациента, такое, как опекун.

Да, существует другое лицо, являющееся юридически ответственным за покрытие расходов на медицинское обслуживание пациента.

Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней  
**Заявление на получение финансовой помощи**

Нет, другое лицо, являющееся юридически ответственным за покрытие расходов на медицинское обслуживание пациента, отсутствует.

Если да, просьба указать следующую информацию:

Имя	Адрес	Роль или отношение к пациенту

Продолжить заполнение формы на следующей странице.

**Подтверждение отказа в предоставлении медицинской помощи Medicaid:** Просьба представить копии письменных отказов от предоставления помощи по программе MassHealth (если заявление не было подано непосредственно Массачусетской клиникой глазных и ЛОР-болезней) или по программе Medicaid штата вашего проживания.

**Ответственное лицо признает, что оно обязано информировать Массачусетскую клинику глазных и ЛОР-болезней о любых изменениях или обновлениях страхования.**

**Убедительная просьба не посылать оригинальные документы. Посылайте только фотокопии. Оригиналы возвращаться не будут.**

\*\*\*\*\*

**Заверение:** Ставя свою подпись ниже, настоящим я заверяю, что внимательно прочитал(а) настоящее заявление, и что все, указанное мной, и любая приложенная документация является точной, насколько мне известно. **Я понимаю, что представление заведомо ложной информации с целью получения финансовой помощи является незаконным.**

Подпись ответственного лица или лиц:

Дата \_\_\_\_\_

Массачусетская клиника глазных и ЛОР-болезней  
**Заявление на получение финансовой помощи**

По любым вопросам, касающимся данного заявления или политики финансовой помощи Массачусетской Клиники глазных и ЛОР-болезней просьба обращаться к нашим финансовым координаторам по телефону 617-573-5664 или по электронной почте FINANCIAL\_COORDINATORS@MEEI.HARVARD.EDU.

Вернуть данное заявление по адресу:

**Massachusetts Eye and Ear  
(Массачусетская Клиника глазных и ЛОР-болезней)  
243 Charles Street  
Boston, MA 02114-3096  
Кому: Финансовым координаторам**