

Головний кампус Kettering Health, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Центр поведінкової медицини Kettering Health Behavioral Medical Center та Kettering Health Troy

ЧАСТИНА 1: ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПАЦІЄНТА (ОБОВ'ЯЗКОВО)

Заповніть інформацію щодо пацієнта, наведену нижче.

Дата надання послуги в лікарні _____

Повне ім'я пацієнта _____ Дата народження _____

Адреса _____

Місто _____ Штат _____ Поштовий індекс _____ Номер телефону (_____) _____

Чи подавали ви заявку на участь у програмі Medicaid протягом останніх 90 днів? Так Ні

Чи мешкали ви у штаті Огайо на момент отримання медичної допомоги у шпиталі? Так Ні

Чи були Ви активним користувачем послуг Medicaid під час отримання медичної допомоги? Так Ні

Чи отримували ви допомогу по інвалідності на момент отримання медичних послуг? Так Ні

Сімейний стан: одружений/одружена розлучений/розлучена удівець/удовиця неодружений/неодружена

співмешканець/співмешканка

ЧАСТИНА 2: РОЗМІР СІМ'Ї (ОБОВ'ЯЗКОВО)

Вкажіть розмір сім'ї, а також повне ім'я, дату народження, вік і родинний зв'язок кожного члена сім'ї.

Розмір домогосподарства _____ (враховуючи вас, вашого чоловіка/дружину/співмешканця/співмешканку, усіх осіб, які перебувають на утриманні, та інших членів домогосподарства)

Повне ім'я чоловіка/дружини/співмешканця/співмешканки _____ Дата народження _____

Надайте зазначену нижче інформацію про всіх членів вашої сім'ї та їхніх родичів, оскільки HCAP та Kettering Health Charity визначають чисельність членів сім'ї різними способами. (Претендувати на участь у програмі HCAP можуть тільки одружені, рідні чи всиновлені родичі.)

Ім'я _____ Дата народження _____ Вік _____ Ким доводиться _____

Ім'я _____ Дата народження _____ Вік _____ Ким доводиться _____

Ім'я _____ Дата народження _____ Вік _____ Ким доводиться _____

Ім'я _____ Дата народження _____ Вік _____ Ким доводиться _____

Ім'я _____ Дата народження _____ Вік _____ Ким доводиться _____

ЧАСТИНА 3: СІМЕЙНИЙ ДОХІД (ОБОВ'ЯЗКОВО)

Зазначте свій щомісячний сукупний дохід, а також щомісячний сукупний дохід свого чоловіка/своєї дружини/співмешканця/співмешканки та всіх інших членів сім'ї за 3 та/або 12 місяців до дати отримання лікарняних послуг. Приймаються такі документи, що підтверджують дохід: корінці чеків, податкові декларації/1099/W2, виписки з рахунків соціального страхування/пенсійних рахунків/ПДВ-рахунків, судові та інші документи, що підтверджують дохід, як вказано нижче.

Дохід домогосподарства	Пацієнт	Чоловік/дружина/ співмешканець/співмешканка	Утриманець віком 18-20 років	Батько/мати чи опікун
Дохід від праці				
Сукупний дохід від соціального забезпечення				
Пенсія/вихід у відставку				
Грошова допомога ветеранам війни				
Дохід внаслідок тимчасової непрацездатності (TDI)				
Грошова допомога у зв'язку з безробіттям				
Аліменти				
Грошова допомога для дитини				
Інше (зазначити)				
Сукупний місячний дохід	\$	\$	\$	\$

- Чи змінювався ваш місячний дохід упродовж останніх 12 місяців? Так Ні
- Загальний сукупний дохід сім'ї за останні 3 місяці в доларах США _____
- Загальний сукупний дохід сім'ї за останні 12 місяців в доларах США _____
- Якщо зазначено дохід, що дорівнює 0 доларів США, стисло поясніть, як ви виконуєте свої щомісячні зобов'язання.

Я уповноважую Kettering Health передавати та/або обмінюватися персональною інформацією з компаніями, які є виробниками фармацевтичних препаратів, з метою надання мені фінансової допомоги для сплати вартості моїх ліків. Я засвідчую своїм підписом нижче, що все, зазначене мною в цьому документі, є точним і відповідає дійсності, у міру моєї обізнаності.

Я розумію, що компанія Kettering Health може перевірити надану мною інформацію. Я розумію, що в разі, якщо будь-які надані мною відомості будуть визнані неправдивими, Kettering Health виконає повторне оцінювання мого права на фінансову допомогу та вживе відповідних заходів. Я розумію, що компанія Kettering Health може вимагати додаткове підтвердження доходу, а ненадання таких відомостей може спричинити відмову в схваленні моєї заявки

Підпис заявника/офіційного опікуна _____ Дата _____
Якщо підпис ставить не пацієнт, а інша особа, зазначте повне ім'я та причину, чому пацієнт не може поставити свій підпис.

Надішліть заявку та всі належні документи поштою на адресу **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193**, електронною поштою на адресу **FinancialCounselors@ketteringhealth.org** або факсом на номер **(937) 522-9944**. У разі виникнення додаткових запитань телефонуйте: (937) 914-768