



Заявление пациента на финансовую помощь/помощь в оплате лекарств

Kettering Health Main Campus, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Troy, Kettering Health Wilmington и Kettering Health Behavioral Medical Center

ЧАСТЬ 1: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)
Полная информация о пациенте указана ниже.

Дата госпитализации _____

Имя пациента _____ Дата рождения _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Номер телефона (_____) _____

Вы проживали в штате Огайо на момент госпитализации? ☐ Да ☐ Нет

(Применимо к Программе обеспечения качества больничного обслуживания)

ЧАСТЬ 2: РАЗМЕР СЕМЬИ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)
Укажите размер семьи и имена всех членов семьи, дату их рождения, возраст и степень родства.

Размер домохозяйства _____ (включая вас самих, вашего супруга/партнера по гражданскому браку, всех иждивенцев и других членов домохозяйства)

Имя супруга/супруги/партнера по гражданскому браку _____ Дата рождения _____

Имя	Дата рождения	Возраст	Отношение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ЧАСТЬ 3: СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Предоставьте ежемесячный валовой доход для себя, супруга/сожителя и всех других членов семьи за 3 месяца и/или 12 месяцев до даты госпитализации. Принимаются документы, подтверждающие доход: корешки чеков, налоговые декларации/1099/W2, заявления о социальном страховании/пенсиях/VA, судебные документы и другие документы, подтверждающие доход, как указано ниже.

Доход домохозяйства	Пациент	Супруг/гражданский партнер	Иждивенец 18-20 лет	Родитель или опекун
Доход от занятости				
Доход от социальных выплат до вычета				
Пенсия				
Льготы Администрации по делам ветеранов				
Доход по временной нетрудоспособности (TDI)				
Пособие по безработице				
Алименты				
Пособие на ребенка				
Другое (указать)				
Общий ежемесячный доход	\$	\$	\$	\$

1. Были ли какие-либо изменения в Вашем ежемесячном доходе за последние 12 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

2. Общий валовой доход семьи за предыдущие 3 месяца в \$ _____

3. Общий валовой доход семьи за предыдущие 12 месяцев в \$ _____

4. Если заявленный доход составляет 0 долларов США, предоставьте краткое объяснение того, как Вы выполняете свои ежемесячные обязательства.

Я разрешаю Kettering Health предоставлять и/или обмениваться документацией с личной информацией с фармацевтическим компаниям-производителям с целью помочь мне получить финансовую помощь для покрытия моих расходов на лекарства, и подтверждаю своей подписью ниже, что всё, что я указал в этом заявлении, является правдивым и точным, насколько мне известно.

Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке Kettering Health. Я понимаю, что если какая-либо предоставленная мною информация окажется ложной, компания Kettering Health пересмотрит мой статус права на получение финансовой помощи и примет соответствующие меры. Я понимаю, что Kettering Health может запросить дополнительные доказательства дохода, и непредоставление запрошенной документации приведет к отклонению моего заявления.

Подпись заявителя/законного опекуна _____

Дата _____

Если подписано кем-то, кроме пациента, укажите полное имя и причину, по которой пациент не может подписать.