



Dignity Health®

Rehabilitation Hospital

In partnership with Select Medical

Заявка на получение финансовой помощи

Номер счета пациента

Укажите больницу(-ы), где вас лечили

Фамилия пациента

Имя пациента

№ соц. страхования пациента

Дата рождения пациента

Фамилия поручителя (если отличается)

Имя поручителя

№ соц. страхования поручителя

Дата рождения

Домашний адрес поручителя

Номер домашнего телефона

Город

Штат

Индекс

Имя работодателя поручителя

Должность/отдел поручителя

Адрес работодателя поручителя

Телефон работодателя поручителя

Город

Штат

Индекс

Имя работодателя супруга(и)

Должность/отдел супруга(и)

Адрес работодателя супруга(и)

Телефон работодателя супруга(и)

Город

Штат

Индекс

Члены семьи (включая заявителя)

Имя	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Работодатель	Годовой доход
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Заявка на получение финансовой помощи Dignity Health Rehabilitation Hospital (продолжение)

Чтобы определить, кто действительно имеет право на финансовую помощь, мы должны сначала потребовать предоставления информации, указанной ниже, которая демонстрирует финансовые трудности. Пожалуйста, заполните эту заявку и верните ее со всеми перечисленными ниже документами. Если вы не можете предоставить один из документов или есть дополнительные факторы, которые могут повлиять на оценку, отправьте письменное заявление с объяснением вашей ситуации.

Требуемая документация:

1. Отказ в праве на участие в программе Medicaid из штата проживания.
2. Подтверждение дохода всех членов семьи* за 12 месяцев до даты предоставления услуг Dignity Health Rehabilitation. Это может включать самые последние декларации о подоходном налоге или платежные квитанции за тот же период времени. Если вы работаете не по найму, добавьте Приложение С с вашей налоговой декларацией. Если они недоступны, пожалуйста, напишите объяснение на отдельном листе бумаги, указав свое финансовое положение за последние три месяца, и отправьте его вместе с этой заявкой.

*Семья пациента включает:

- а) Для лиц в возрасте 18 лет и старше — супруга/супругу, гражданского супруга/супругу, как определено в статье 297 Семейного кодекса, и детей-иждивенцев в возрасте до 21 года, независимо от того, живут ли они дома или нет.
- б) Для лиц моложе 18 лет — родителей, родственников-опекунов и других детей родителя или родственника-опекуна в возрасте до 21 года.

После того, как мы завершим первоначальную проверку предоставленных документов, для определения соответствия требованиям может потребоваться следующее:

Подтверждение денежных активов — **все** следующее:

- Выписки по текущему счету за последние 3 месяца
- Выписки по сберегательному счету за последние 3 месяца
- Акции, облигации и депозитные сертификаты

Подписываясь ниже, вы соглашаетесь с тем, что вас будут рассматривать для предоставления помощи в оплате. Кроме того, вы подтверждаете, что все заявления, сделанные в этой заявке, верны и полны, в максимально известной вам степени. Если будет установлено, что предоставленная вами информация является неполной или ложной, любая скидка с вашего счета может быть отменена, и от вас может потребоваться полная оплата. Подписываясь ниже, вы разрешаете Dignity Health Rehabilitation Hospital проверять ссылки и кредитную историю, чтобы оценить эту заявку на предмет рассмотрения финансовой помощи.

Если вы получите платеж от страховой компании, программы компенсации работникам или любой другой третьей стороны, вы соглашаетесь информировать больницу о любом таком платеже. Больница сохраняет за собой право взимать первоначальные полные платежи, если третья сторона предоставит вам оплату за услуги больницы.

Подпись лица, ответственного за счет (Поручитель)

Дата

Утверждающий/должность

Одобренный процент

Дата

Отправьте заполненную заявку по адресу:

Dignity Health Rehab Hospital

Attn: Admissions Department

**2930 Siena Heights Dr.
Henderson, NV 89052**