Пожалуйста, возвратите документы по адресу:
Cincinnati Children's Hospital
Billing Customer Service
3333 Burnet Avenue, MLC 5011
Cincinnati, Ohio 45229-3026
Факс: 513-803-6577

Заявление на получение информации о балансе после выплаты страховки / финансовой помощи / самостоятельной оплаты медицинских услуг

ЗАПОЛНЯЙТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ _____

Сегодняшняя дата: _____ PFC _____FT_____
МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД (только для служебных отметок (office use only))

Ответственное лицо: _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ)

Имя пациента: _____
(Требуется одно заявление от пациента) ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ)

Адрес проживания пациента **на период получения медицинской помощи:** _____
УЛИЦА КВАРТИРА

_____ _____ _____ _____
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОКРУГ

Текущий адрес: _____
УЛИЦА КВАРТИРА

_____ _____ _____ _____
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОКРУГ

Дата получения медицинской помощи в больнице: _____ Дата рождения пациента: _____
МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

Была ли у пациента медицинская страховка или страховка Medicaid во время получения медицинской помощи в больнице? Да ☐ Нет ☐
**** Если Вы ответили «Да»,*** приложите копию карточки медицинской страховки (как лицевой, так и оборотной стороны) или карточки страховки Medicaid, обеспечивающей страховое покрытие пациента, и заполните следующие графы.

Название медицинской страховой компании и/или программы Medicaid: _____

Идентификационный номер или ID-номер Medicaid получателя страховых услуг: _____

Обратите внимание.

- Скидки не распространяются на профессиональные услуги д-ра Робина Коттона (Dr. Robin Cotton), поставщиков услуг, нанятых не Медицинским центром детской больницы Цинциннати (Cincinnati Children's Hospital Medical Center), а также **на доплаты, предусмотренные страховым договором.**
- Семьи, являющиеся участниками плана **медицинского страхования, который не имеет договора** с Медицинским центром детской больницы Цинциннати на предоставление им медицинских услуг, не имеют права на скидку в оплате непокрываемой части выставленного им счета за медицинские услуги. Они имеют право только на скидки, касающиеся непокрываемого минимума и/или совместного страхования.
- Финансовая помощь оказывается в качестве последнего средства, и другие применимые страховки должны быть исчерпаны до применения скидки.

Заполните следующие графы. *Пациент должен заполнить это заявление, если ему исполнилось 18 лет или больше.* Перечислите всех членов семьи. К ним относятся пациент, его родители (независимо от того, проживают ли они вместе с ним) и дети (родные или приемные), не достигшие 18 лет, которые проживают в одном доме с пациентом. Если Вам нужно больше места, укажите любых других членов семьи в графе «Заявление о помощи» (Support Statement) на следующей странице.

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ВОЗРАСТ **И** ДАТА РОЖДЕНИЯ	**СТЕПЕНЬ РОДСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ** (ПРИМЕЧАНИЕ В СЛУЧАЕ ПРОЖИВАЮЩЕГО ОТДЕЛЬНО РОДИТЕЛЯ)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Заполните и подпишите вторую страницу этого заявления.

Перечислите **ВСЕ** источники дохода членов семьи, включая размер заработной платы до уплаты налогов, пособие социального обеспечения, алименты на ребенка, доходы от аренды, пособие по безработице и пр. Другие примеры источников дохода указаны ниже. ***Если один из родителей проживает отдельно, перечислите доход или алименты на ребенка, которые Вы от него получаете.*** Укажите любые дополнительные источники дохода в графе «Заявление о поддержке» ниже. Требуются документы, подтверждающие доход и проживание.

ЧЛЕН СЕМЬИ	ИСТОЧНИК ДОХОДА ИЛИ МЕСТО РАБОТЫ	ДОХОД, ПОЛУЧЕННЫЙ ЗА 3 И/ИЛИ 12 МЕСЯЦЕВ **ДО** ДАТЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

К заполненному заявлению на получение финансовой помощи Вы также должны приложить следующие документы.

1. **Подтверждение всех доходов до отчисления налогов.** Приложите документ, подтверждающий трудовой или нетрудовой доход, полученный за 3 или 12 месяцев до даты получения медицинской помощи в больнице. **К таким документам относятся среди прочего:** квитанции о начислении заработной платы, которые отражают Ваш совокупный доход с начала года до даты предоставления услуги, W-2(s), пособия на ребенка (только если пациент является предполагаемым получателем), письмо от работодателя (если квитанции о начислении заработной платы недоступны), письма о назначении пособия, справки о получении пособия по безработице, выплат социального обеспечения (без вычета), пособий и льгот для ветеранов, алиментов, наличных поступлений, дохода от аренды, пенсионного дохода или других доходов, не указанных здесь. **Если Вы сообщаете о доходе 0,00 долл. США,** заполните графу «Заявление о поддержке» ниже с объяснением того, какую поддержку Вы и/или Ваша семья получали на момент предоставления медицинских услуг. **Если Вы заявляете, что являетесь индивидуальным предпринимателем,** напишите засвидетельствование Вашего дохода, поставьте подпись и дату и предоставьте копию Вашей таблицы C (Schedule C) и копию страницы 1 Вашей федеральной налоговой декларации.

2. **Подтверждение места жительства.** Приложите копию **одного** из следующих допустимых документов, в которых указан Ваш**адрес на момент получения медицинской помощи:** счет за коммунальные услуги, счет за телефон или кабельное телевидение, счет за аренду жилья, выписка по счету кредитной карты, регистрационная карточка избирателя, копия водительского удостоверения или удостоверение личности, выданное штатом.

Своей подписью, проставленной ниже, я подтверждаю, что я внимательно прочитал(-а) это заявление и что вся информация, которую я указал(-а) в этом заявлении, и все сведения, содержащиеся во всех документах, приложенных к этому заявлению, являются, насколько мне известно и по моему убеждению, истинными и верными. **Я понимаю, что предоставлять заведомо ложную информацию для получения финансовой помощи незаконно.**

Подпись ответственного лица_____ Дата заполнения_____

С любыми вопросами обращайтесь в отдел финансового консультирования (Billing Customer Service) Медицинского центра детской больницы Цинциннати по адресу: Медицинский центр детской больницы Цинциннати, 3333 Burnet Avenue, MLC 5011, Cincinnati, Ohio 45229-3026, или по телефону 513-636-4427 выбор 9 или 1-800-344-2462, доб. 4427. Или пишите на адрес электронной почты: PFC@cchmc.org. Мы работаем с 7:30 до 17:00 с понедельника по пятницу. Факс: (513) 803 6577.

****

Если Вы сообщаете о доходе 0,00 долл. США, заполните графу «Заявление о поддержке» с объяснением того, какую поддержку Вы и/или Ваша семья получали на момент предоставления медицинских услуг.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДДЕРЖКЕ

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____