

Заявление на предоставление безвозмездного ухода

РАЗДЕЛ I. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ/ПОРУЧИТЕЛЕ		РАЗДЕЛ IV. НЕЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ					
Общее количество в семье:			Марка	Год	Сумма задолженности	Ежемесячный платеж	Стоимость
# иждивенцев до 21 года:		Автомобиль 1					\$ _____
Имя поручителя:		Автомобиль 2					\$ _____
Степень родства с пациентом:		Прочее					\$ _____
Гражданство		Итого					
		Вы являетесь собственником или арендатором жилья?		Собственник	Арендатор		
РАЗДЕЛ II. ВАЛОВОЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД		У вас есть прочее имущество?		Да	Нет		
Мать		Адрес/местонахождение:					
<input type="checkbox"/> Работает	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Наличие инвалидности	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Не работает	\$ _____		Стоимость	Сумма задолж.	Доля собственника		
<input type="checkbox"/> Пенсионер	\$ _____	Прочее имущество					
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	ИТОГО НЕЛИКВИДНЫХ АКТИВОВ: \$ _____					
<input type="checkbox"/> Прочее:	\$ _____						
Отец		РАЗДЕЛ V. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ					
<input type="checkbox"/> Работает	\$ _____		Мать	Отец			
<input type="checkbox"/> Наличие инвалидности	\$ _____	Алименты и/или содержание детей	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Не работает	\$ _____	Расходы на уход за детьми	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Пенсионер	\$ _____	Страховые взносы на медицинское страхование	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	Расходы на работу (не более \$75 на человека)	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Прочее:	\$ _____	Общие расходы на медицинское обслуживание / стоматологические услуги	\$ _____	\$ _____			
ОБЩИЙ ДОХОД:	\$ _____	Кредитные счета / кредиты / кредитные карты:	\$ _____	\$ _____			
		Название:	\$ _____	\$ _____			
		Название:	\$ _____	\$ _____			
РАЗДЕЛ III. ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ		Название:	\$ _____	\$ _____			
№ расчетного счета	\$ _____	Лимит по карте MasterCard	\$ _____	\$ _____			
Название банка:		Лимит по карте Visa:	\$ _____	\$ _____			
Отделение:		ОБЩИЕ РАСХОДЫ	\$ _____	\$ _____			
№ сберегательного счета:	\$ _____						
Название банка:		НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:					
Отделение:		<input type="checkbox"/> Налоговая декларация за прошлый год или справка о заработной плате за 3 месяца					
Прочее:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Копия банковских выписок (2 месяца)					
Уточните		<input type="checkbox"/> Квитанция об оплате аренды или ипотеки (3 месяца)					
ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ ЛИКВИДНЫХ АКТИВОВ:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Другое (укажите):					

ЦЕЛЬ: цель сбора данной информации — определить вашу платежеспособность для оплаты услуг в Children's Hospital LA (Детской больнице Лос-Анджелеса) или ваше право на участие в программе медицинской помощи. Данная информация НЕ является заявлением на участие в программе Medi-cal, а также в программах California Children's Services, County Medically Indigent Services или любой другой программе помощи, предоставляемой округом. ЧТОБЫ ПОДАТЬ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ ПОМОЩИ, ВАМ СЛЕДУЕТ СВЯЗАТЬСЯ С DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (ДЕПАРТАМЕНТОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ) В ОКРУГЕ ВАШЕГО ПРОЖИВАНИЯ.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является точной и полной. Я понимаю, что больница оставляет за собой право на проверку любой указанной мною информации. Я обязуюсь уведомить Службу по работе с пациентами о любых изменениях моих финансовых данных в течение 10 дней с момента изменения.

Я ПОНИМАЮ, ЧТО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВСЕ МОИ РАСХОДЫ В CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES (ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЛОС-АНДЖЕЛЕСА) ЛЕЖИТ НА МНЕ.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Свидетель/переводчик

Представитель больницы