



0332E

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

1. Заполните **все** поля в приложенном бланке заявления. Если запрашиваемая информация не относится к Вам, напишите «N/A» (НЕ ОТНОСИТСЯ) в соответствующем поле.
2. Если для ответа на какой-либо вопрос Вам требуется больше места, приложите дополнительный лист.
3. При подаче заявления Вы должны предоставить документы, подтверждающие Ваши доходы. Для подтверждения доходов принимаются указанные ниже документы.

**Если Вы подали федеральную налоговую декларацию, Вы должны предоставить копию следующего документа:**

- а. Федеральная налоговая декларация (форма 1040) за последний год. Вы должны предоставить все вложения и дополнения, которые Вы подавали в Федеральную налоговую службу.

**Если Вы не подавали федеральную налоговую декларацию, предоставьте следующие документы:**

- а. Два (2) последних квитанций о начислении заработной платы.
- б. Письмо с объяснением, почему Вы не подаете федеральную налоговую декларацию.

**Если у Вас нет доходов или документов, подтверждающих доходы, Вам необходимо подать письмо с объяснением, как Вы обеспечиваете себя (свою семью).**

4. Рассмотрение вашего заявления на получение помощи начнется только после предоставления всей требуемой информации.
5. Заявление на получение финансовой помощи, вместе со всеми требуемыми приложениями необходимо подать в течение **четырнадцати (14) дней**.
6. Вы должны поставить свою подпись и дату на заполненном бланке Заявления на получение финансовой помощи. Если информацию подает пациент или ответственное лицо вместе с супругом (супругой), заявление должны подписать они оба.
7. Если у Вас есть вопросы, обращайтесь в Patient Business Office по тел. (909) 651-4177 с 9:00 до 17:00 с понедельника по четверг и с 9:00 до 14:00 по пятницам (кроме выходных и праздничных дней). В выходные и праздничные дни, а также в нерабочее время в будние дни обращайтесь за помощью к представителю регистратуры.
8. Заполненный бланк Заявления на получение финансовой помощи и все необходимые документы высылайте по адресу:

Loma Linda University Behavioral Medicine Center  
Patient Business Office  
P.O. Box 700  
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center  
**ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ  
НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Стр. 1 из 3

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

19-0332E (2-15)

# ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Заполнение этого бланка необходимо, чтобы определить, имеет ли пациент (ответственное лицо) право на получение финансовой помощи в соответствии с правилами предоставления скидок или благотворительной помощи медицинского центра Loma Linda University Behavioral Medicine Center.

**ИМЯ ПАЦИЕНТА/ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА**  
(поручителя) \_\_\_\_\_

**ИМЯ**  
**СУПРУГА/СУПРУГИ** \_\_\_\_\_

**АДРЕС**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ТЕЛЕФОН**  
Домашний: \_\_\_\_\_  
Рабочий: \_\_\_\_\_

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**  
Пациент/ответственное лицо \_\_\_\_\_

Супруг/супруга \_\_\_\_\_

## СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (укажите всех иждивенцев, которых Вы обеспечиваете)

Имя	Возраст	Степень родства

## СТАТУС ТРУДОУСТРОЙСТВА

**Работодатель пациента**

**или ответственного лица**

**Пациент или ответственное лицо** \_\_\_\_\_

**Должность** \_\_\_\_\_

**Работодатель** \_\_\_\_\_

**Контактное лицо** \_\_\_\_\_

**Контакты работодателя** \_\_\_\_\_

**Телефон** \_\_\_\_\_

**Работодатель супруга или супруги**

**Должность супруга или супруги** \_\_\_\_\_

**Работодатель** \_\_\_\_\_

**Контактное лицо** \_\_\_\_\_

**Контакты работодателя** \_\_\_\_\_

**Телефон** \_\_\_\_\_



## ДОХОДЫ

	Пациент или поручитель	Супруг или супруга
1. Заработная плата и оклад за год (до уплаты налогов)	\$ _____	\$ _____
2. Доход от самостоятельной предпринимательской деятельности за год	\$ _____	\$ _____
3. Другой доход:		
а. Проценты и дивиденды	\$ _____	\$ _____
б. Доход от сдачи в аренду недвижимости	\$ _____	\$ _____
в. Социальное обеспечение	\$ _____	\$ _____
г. Алименты	\$ _____	\$ _____
д. Пособие на ребенка	\$ _____	\$ _____
е. Пособие по безработице или инвалидности	\$ _____	\$ _____
ж. Государственное пособие	\$ _____	\$ _____
з. Все другие источники (приложите список)	\$ _____	\$ _____
Общий доход (сумма доходов из строк 1–3з выше)	\$ _____	\$ _____

## НЕСТАНДАРТНЫЕ РАСХОДЫ

Предоставьте информацию о любых нестандартных расходах, как например: счета на оплату медицинских услуг, расходы, связанные с банкротством, судебные издержки или выплаты по решению суда (приложите соответствующий список).

Описание	Сумма

Подписываясь ниже, я (мы) заявляю(-ем), что, насколько мне (нам) известно, вся предоставленная информация является верной и точной. Я (мы) разрешаю(-ем) медицинскому центру LLUBMC проверять любую информацию, указанную в этом заявлении. Я (мы) даю (даем) явно выраженное согласие на обращение к моему (нашему) работодателю.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или ответственной стороны

\_\_\_\_\_  
Степень родства с пациентом      Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись супруга или супруги

\_\_\_\_\_  
Дата



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

**ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ  
НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Стр. 3 из 3

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА