



0332

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

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 (federal income tax return), Вы должны предоставить копию следующего документа:**

- a. Federal income tax return (форма 1040) за последний год. Вы должны предоставить все вложения и дополнения, которые Вы подавали в Федеральную налоговую службу.

**Если Вы не подавали federal income tax return, предоставьте следующие документы:**

- a. Два (2) последних корешка чеков из чековой книжки.
- б. Письмо с объяснением, почему Вы не подаете federal income tax return.

**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. Financial Assistance Application вместе со всеми требуемыми приложениями необходимо подать в течение **четырнадцати (14) дней**.
6. Вы должны поставить свою подпись и дату на заполненном бланке Financial Assistance Application. Если информацию подает пациент или ответственное лицо вместе с супругом (супругой), заявление должны подписать они оба.
7. Если у Вас есть вопросы, обращайтесь в отдел обслуживания пациентов 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 Financial Assistance Application и все необходимые документы высылайте по адресу:

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



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center  
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION  
INSTRUCTIONS

Стр. 1 из 3

19-0332 (2-15)

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

# 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 Medical 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**

Должность пациента \_\_\_\_\_

или ответственного лица \_\_\_\_\_

Контактное лицо \_\_\_\_\_

работодателя \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

работодателя \_\_\_\_\_

**Работодатель супруга или супруги**

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

Контактное лицо \_\_\_\_\_

работодателя \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

работодателя \_\_\_\_\_



## 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 LLUMC 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  
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center  
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION  
INSTRUCTIONS

Стр. 3 из 3

19-0332 (2-15)

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА