

**Brookdale University Hospital and Medical Center**  
**Заявление на получение финансовой помощи**

Номер счета пациента: \_\_\_\_\_ Медицинская карта №: \_\_\_\_\_

Имя пациента \_\_\_\_\_, Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Фамилия Имя Инициалы Месяц День Год

Адрес \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_  
 Номер, ул. и кв. Город Штат Почтовый индекс

Имя работодателя: \_\_\_\_\_ Адрес работодателя: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Вид деятельности: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Доходы: Совокупный доход ваш, вашего (-ей) супруга (-и) и всех остальных членов семьи

Источник совокупного ежемесячного дохода	Дохода пациента	Доход супруга (-и)
Заработная плата/индивидуальная трудовая деятельность		
Пособие по безработице		
Пособия по социальному обеспечению		
Пенсия		
Выплаты по инвалидности/страховке от несчастного случая на рабочем месте		
Алименты		
Дивиденды/проценты/аренда		
Прочие доходы		
<b>Итого</b>		

В качестве одного из условий предоставления финансовой помощи вам необходимо представить следующие документы, подтверждающие ваши доходы/ресурсы: 1) Форма 1040 (декларация по налогу на доходы физических лиц США) 2) Платежные квитанции 3) Другие запрашиваемые документы, подтверждающие семейные доходы

Количество членов семьи: \_\_\_\_\_ Список членов семьи, проживающих с вами

ИМЯ	ВОЗРАСТ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА
1).		
2).		
3).		

\*ПРИМЕЧАНИЕ: В случае необходимости прикрепите дополнительный лист

Я понимаю, что предоставляемая мной информация относительно моего совокупного дохода и членов семьи подлежит проверке со стороны больницы. Я также понимаю, что если указанные мной данные окажутся ложными, это приведет к отказу в предоставлении мне финансовой помощи, и я буду должен возместить все расходы за оказанные услуги. Если разрешение на финансовую помощь было получено на основе той же информации, право на получение такой помощи будет отменено, и я буду нести ответственность за все расходы связанные с предоставляемыми услугами.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, насколько мне известно, является подлинной, полной и точной. Кроме того, я разрешаю Brookdale University Hospital and Medical Center проверять любую информацию, имеющую отношение к данному заявлению.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_

Если у вас возникли вопросы или вам требуется помощь для заполнения настоящей формы, обратитесь в Финансовое управление по телефону (718) 240 - 5240.

Если вы получили счет или несколько счетов из больницы, поставьте отметку здесь: \_\_\_\_ Вы не должны совершать какие-либо платежи в пользу больницы до получения письма с решением больницы по вашему заявлению.

Отправьте заполненную форму и прилагаемые документы по адресу: Brookdale University Hospital and Medical Center/ Attn: Financial Investigations Office/ 1 Brookdale Plaza / Fourth Floor - Snapper Building / Brooklyn, NY 11212