

# ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

ДАТА НАДАННЯ ПОСЛУГИ: \_\_\_\_\_

НОМЕР РАХУНКУ: \_\_\_\_\_

П. І. Б. ПАЦІЄНТА АБО ЗАЯВНИКА: \_\_\_\_\_

АДРЕСА: \_\_\_\_\_

МІСТО: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОШТОВИЙ

ІНДЕКС: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: \_\_\_\_\_ СІМЕЙНИЙ СТАН: \_\_\_\_\_

**ДЛЯ РОЗГЛЯДУ ПИТАННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ НЕОБХІДНО ЗАПОВНИТИ НАСТУПНІ ПОЛЯ. ЗВЕРНІТЬ УВАГУ, ЩО НЕЗАСТРАХОВАНІ ПАЦІЄНТИ ПОВИННІ СПІВПРАЦЮВАТИ З НАШИМ ПОСТАЧАЛЬНИКОМ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ, ПЕРШ НІЖ ОТРИМАТИ ДОПОМОГУ.**

(Вкажіть чоловіка/дружину та дітей віком до 18 років, які проживають у домогосподарстві та дати їхнього народження)

П. І. Б.	КИМ ПРИХОДИТЬСЯ ПАЦІЄНТУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 3 МІСЯЦІ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ЗАГАЛЬНИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД ЗА 12 МІСЯЦІВ ДО ДАТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ, НАЙМЕНУВАННЯ РОБОТОДАВЦЯ (ЗАЗНАЧИТИ, ЯКЩО ВИ Є СТУДЕНТОМ КОЛЕДЖУ)
	САМОЗАЙНЯТИСТЬ				

1. ЯКЩО ВИ ВКАЗАЛИ НУЛЬОВИЙ СУКУПНИЙ ДОХІД, ЯКУ ДОПОМОГУ ВИ ОТРИМУЄТЕ? \_\_\_\_\_

2. В ЯКОМУ ШТАТІ ВИ ЖИЛИ НА ЧАС ВІЗИТУ? \_\_\_\_\_

3. ЧИ ПОДАВАЛИ ВИ ЗАЯВКУ НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АБО БУДЬ-ЯКОЇ ІНШОЇ ДОПОМОГИ В ОКРУЗІ?  НІ  ТАК  
(ДАТА/ШТАТ \_\_\_\_\_)

4. ЧИ БУЛО У ВАС МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА ДЕНЬ НАДАННЯ ПОСЛУГИ?  НІ  ТАК (НАДАЙТЕ КОПІЮ КАРТКИ РАЗОМ ІЗ ЦІЄЮ ЗАЯВКОЮ)

5. ЧИ БУЛА ДАТА НАДАННЯ ПОСЛУГИ ПОВ'ЯЗАНА З АВТОМОБІЛЬНОЮ АВАРІЄЮ?  НІ  ТАК (НАЗВА СТРАХУВАННЯ / № ВИМОГИ \_\_\_\_\_)

6. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ РОЗРАХУНКОВИЙ АБО ДЕПОЗИТНИЙ РАХУНОК?  НІ  ТАК (ЗАЛИШОК НА РАХУНКУ: \_\_\_\_\_)

7. ЧИ Є У КОГОСЬ У ВАШОМУ ДОМОГОСПОДАРСТВІ БУДЬ-ЯКІ ІНШІ АКТИВИ?  НІ  ТАК  
(ТИП/СУМА) \_\_\_\_\_

8. У ВАС ВЛАСНЕ ЖИТЛО ЧИ ВИ ОРЕНДУЄТЕ ЙОГО?  ВЛАСНЕ ЖИТЛО  ОРЕНДУЄМО  ІНШЕ  
(\_\_\_\_\_)

## СТОСОВНО ПЕРЕЛІЧЕНИХ ВИЩЕ АКТИВІВ, ЩО ПРИНОСЯТЬ ДОХІД, ВИ ПОВИННІ НАДАТИ НАСТУПНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО КОЖНОГО ЧЛЕНА ДОМОГОСПОДАРСТВА:

(позначте відповідні пункти)

- ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ = ДОХІД ЗА 3 АБО 12 МІСЯЦІВ  САМОЗАЙНЯТИСТЬ = ЗАПОВНЕНІ ПОДАТКОВІ ДЕКЛАРАЦІЇ, ВКЛЮЧАЮЧИ ФОРМУ С
- БЕЗРОБІТТЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ  ДОПОМОГА НА ДИТИНУ = ДОКУМЕНТ, ВИДАНИЙ ЗА НАКАЗОМ СУДУ
- СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ  ІНШЕ = ПІДТВЕРДЖЕННЯ БУДЬ-ЯКОГО ІНШОГО ДОХОДУ, НАПРИКЛАД ДИВІДЕНДІВ, ВІДСОТКІВ, ДОХОДУ ВІД ОРЕНДИ
- ПЕНСІЯ АБО ІНВАЛІДНІСТЬ = ДОКУМЕНТ ПРО ДОПОМОГУ  РОЗРАХУНКОВИЙ РАХУНОК / ДЕПОЗИТ = АКТУАЛЬНА ВИПІСКА ЗА 30 ДНІВ ДЛЯ КОЖНОГО РАХУНКУ

**ПОСВІДЧЕННЯ:** ПІДПИСУЮЧИ ЦЕЙ ДОКУМЕНТ, Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО ВІДПОВІДІ, ВКАЗАНІ В ЦІЙ ЗАЯВЦІ, Є ПРАВДИВИМИ. ЯКЩО ПІД ЧАС ПОДАЛЬШОЇ ПЕРЕВІРКИ ЗАЯВКИ НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИ БУДЕ ВІЯВЛЕНО, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, НАДАНА ОСОБОЮ, БУЛА НЕПРАВИЛЬНОЮ АБО ШАХРАЙСЬКОЮ, РІШЕННЯ ПРО НАДАННЯ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ МОЖЕ БУТИ СКАСОВАНО, А ВІДПОВІДАЛЬНІЙ ОСОБІ БУДЕ ВИСТАВЛЕНО РАХУНОК. Я РОЗУМІЮ, ЩО ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ Я НАДАЮ, ПІДЛЯГАЄ ПЕРЕВІРЦІ МОЇМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ, У ТОМУ ЧИСЛІ БЮРО КРЕДИТНИХ ІСТОРІЙ, А ТАКОЖ ЇЇ МОЖУТЬ ПЕРЕВІРЯТИ ФЕДЕРАЛЬНІ ТА/АБО ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ ТА ІНШІ ОСОБИ, ЗА НЕОБХІДНОСТІ.

ПІДПИС ПАЦІЄНТА: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА: \_\_\_\_\_ КИМ ПРИХОДИТЬСЯ: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_  
(ЯКЩО ЗАЯВКУ ЗАПОВНЮЄ НЕ САМ ПАЦІЄНТ)

НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ ТА ДОКУМЕНТАЦІЮ  
ПОШТОЮ НА АДРЕСУ:

Відділ з питань соціальних виплат Mercy Health (Mercy  
Health Public Benefits Dept)  
А/с 631774 Цинциннаті, Огайо, 45263-1774  
(РО Vox 631774, Cincinnati, OH 45263-1774)

Остання редакція: 03/2024