

321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421
 ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ФИНАНСОВОГО
 ПОМОЩИ

ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАЯВИТЬСЯ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ В ТЕЧЕНИЕ 120 ДНЕЙ С ДАТЫ РАЗРЯДА. ЭТА ЗАПОЛНЕННАЯ ФОРМА ВСЕМ ЗАПРОШЕННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДОЛЖНА БЫТЬ ВОЗВРАЩАЕТСЯ В БИЗНЕС-ОФИС В ТЕЧЕНИЕ 30 ДНЕЙ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ. НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧИТ 6-МЕСЯЧНЫЙ ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПЕРИОД.

Имя: Последнее _____ Первый _____ Второй инициал: _____

Адрес: _____ Город / Область _____ Почтовый Индекс: _____

Пациенты Дата рождения: ____/____/____ Социальное обеспечение _____

Домашний телефон () _____ работодатель _____

Проверка дохода: **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ**

() Последние налоговые декларации () 2 месяца окупаемости () Заявления о выгоде

() Другое (указать) _____ Отказ от Medicaid (если применимо) _____

Если по данному заявлению не будет получено подтверждение дохода, финансовая помощь будет отсрочена или будет отклонена.

Количество человек в семье _____

Пациент / Гарант Валовой доход \$ _____

Валовой доход супругов (если применимо) \$ _____

Платежи социального страхования не включены в валовой доход \$ _____

Пенсии и аннуитеты, не включенные в валовой доход \$ _____

Другие доходы: (пожалуйста, укажите) Например: алименты, алименты и т. Д. \$ _____

Общий валовой доход семьи \$ _____

(Если ваш доход падает ниже Федерального уровня бедности, вас могут попросить подать заявление на получение Medicaid)

Дата обслуживания	Имя пациента	Счет #	Баланс

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной, насколько мне известно. Далее я подам заявку на любую помощь или оплату третьей стороной (Medicare, Medicaid, Insurance и т. Д.), Которая может быть мне доступна для оплаты больничных сборов. Я предприму любое действие, разумно необходимое для получения такой помощи, и назначу или оплачу больнице сумму, возмещенную за расходы, которые являются предметом данного заявления, независимо от того, когда такая оплата получена. Я понимаю, что это заявление предназначено для определения права на получение услуг в рамках Программы финансовой помощи Oneida Health. Если какая-либо информация, предоставленная мною в связи с этим заявлением, впоследствии будет признана неверной, право на участие в Программе финансовой помощи будет пересмотрено на основе правильной информации, и я могу нести ответственность за оплату любых услуг, которые ранее считались приемлемыми.

Отношение к пациенту (s) _____ Подпись _____ Свидание ____/____/____

Наш бизнес-офис открыт с понедельника по пятницу с 9 до 15 часов. Если у вас есть вопросы относительно этого приложения, пожалуйста, звоните 315-361-2230. Благодарю вас