



Lifespan

GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Russian
РУКОВОДСТВО ПО ОФОРМЛЕНИЮ ЗАЯВКИ НА БЕСПЛАТНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

При заполнении заявки на бесплатное социальное обслуживание обязательно заполняйте все поля бланка заявки, в том числе:

- ❖ дату рождения;
- ❖ номер карты социального страхования (или индивидуальный налоговый номер);
- ❖ количество иждивенцев (считая себя, супруга/супругу, детей, живущих вместе с вами, бабушек и дедушек, родню со стороны супруга/супруги и прочих лиц, которых вы указываете в налоговой декларации);
- ❖ общий годовой доход семьи (включая доходы всех работающих членов семьи, а также доходы, поступающие из любых источников, такие, как пособие по безработице, страховые выплаты в связи с временной нетрудоспособностью и т.п.). Если вы не работаете и не имеете источников доходов, укажите это в заявке и опишите, из каких средств оплачиваются ваши расходы и кто вас обеспечивает. Если кто-то обеспечивает вас пищей и жильем, необходимо вместе с заявлением предоставить письмо от этого человека, описывающее ваши условия проживания и состояние ваших доходов.

Также предоставьте копии следующих документов:

- ❖ Документы, удостоверяющие личность – любое из приведенного списка: водительские права, удостоверение личности, вид на жительство, паспорт гражданина США и т.п.
- ❖ Документ, подтверждающий место жительства – квитанция об уплате налогов или коммунальных услуг (счет за телефон, электричество, газ или кабельное телевидение), которая адресована вам и на которой указан адрес проживания. Если вы не имеете постоянного места жительства, в качестве такого документа вы можете предоставить справку или другое документальное подтверждение от приюта, церкви либо благотворительной организации, которая знакома с обстоятельствами вашей жизни.
- ❖ Уведомление об оказании медицинской помощи либо подтверждение/отказ в предоставлении Государственного денежного пособия
- ❖ Копии последних квитанций о начислении заработной платы (за два последних платежных периода подряд) для каждого работающего члена семьи, включая выплаты по безработице, страховые выплаты в связи с временной нетрудоспособностью, социальные пособия и т.п.
- ❖ Копию декларации по подоходному налогу за предыдущий год и копии всех подтверждающих налоговых форм. Если в предыдущем году вы не подавали налоговую декларацию, вам необходимо получить письменное подтверждение неподачи налоговой декларации из Службы внутреннего налогообложения, обратившись по телефону 1-800-829-1040.
- ❖ Копии самых последних выписок со сберегательных и (или) текущих счетов, либо копию выписки о состоянии банковского счета. Также необходимо приобщить выписки о состоянии индивидуального пенсионного счета, депозитных счетов, сведения о депозитных сертификатах и т.п.

Если в вашем случае невозможно предоставить ничего из перечисленного выше списка, предоставьте письмо за вашей подписью с описанием сложившихся у вас обстоятельств.

Заявление и все дополнительные документы высылайте непосредственно в офисы защитников финансовых интересов пациентов соответствующих больниц (адреса приведены ниже):

Больница штата Род-Айленд (Rhode Island Hospital)

Детская больница Хасбро
(Hasbro Children's Hospital)

593 Eddy Street
Providence, R.I. 02903
Attn: Patient Advocate
Main Admitting

Больница Мириам
(The Miriam Hospital)

164 Summit Avenue
Providence, R.I. 02906
Attn: Patient Advocate

Больница Ньюпорта
(Newport Hospital)

11 Friendship Street
Newport, R.I. 02840
Attn: Patient Advocate

Эмма Пендлтон (Emma Pendleton) Больница Брэдли (Bradley Hospital)

1011 Veterans Memorial Parkway
Riverside, R.I. 02915
Attn: Patient Financial Service Department
117 Ellenfield St.

Если вы обращаетесь за бесплатным социальным обслуживанием по поводу *текущих* счетов, отправляйте заявление по следующему адресу:

Lifespan
Patient Financial Service Department
117 Ellenfield Street
Providence, RI 02905

Как правило, заявления рассматриваются в течение 14 дней с момента получения.

Благодарим за сотрудничество.

LIFESPAN'S APPLICATION FOR HOSPITAL FINANCIAL-AID — Russian
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ БОЛЬНИЧНОЙ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ LIFESPAN

Утверждение данного запроса носит временный характер и истекает через 12 месяцев с даты утверждения.

Больница:	Дата:
Имя, фамилия пациента:	Гарантодатель:
Дата рождения:	Номер полиса социального страхования (при наличии):
Номер полиса социального страхования (при наличии):	Домашний телефон:
Домашний телефон:	Рабочий телефон:
Рабочий телефон:	Кем приходится пациенту:
Домашний адрес:	Домашний адрес:
Жилье в собственности/аренда:	Жилье в собственности/аренда:
Место работы и работодатель:	Место работы и работодатель:
Адрес работодателя:	Адрес работодателя:
Удостоверение личности (тип и номер):	Удостоверение личности (тип и номер):
Связано ли обращение с производственной травмой либо несчастным случаем? Да или нет. Если да, укажите информацию о страховке. <i>(Если да, опишите обстоятельства)</i>	
Являетесь ли вы иждивенцем? Да или нет	
Количество иждивенцев (включая вас):	
Получаете ли вы талоны на питание? Да/Нет Если да, предоставьте действительное письмо-запрос.	
Проживаете ли вы в приюте? Да/Нет Если да, предоставьте письмо из приюта.	
Обращались ли вы за предоставлением Государственного денежного пособия/медицинской помощи? Да или нет. Если да, укажите, когда:	
Обращались ли вы за предоставлением социального пособия по инвалидности? (SSDI) Да/Нет Если да, укажите, когда:	
Есть ли у вас несовершеннолетние дети? Да/Нет Если да, проживают ли они вместе с вами? Да/Нет	
<i>Пожалуйста, предоставьте следующую информацию обо ВСЕХ членах вашей семьи (если они не упомянуты в вашей налоговой декларации).</i>	
Имя, фамилия и степень родства с пациентом:	Номер соц. страхового полиса (при наличии) и дата рождения:
Работодатель, телефон, адрес:	Домашний адрес:
Имя, фамилия и степень родства с пациентом:	Номер соц. страхового полиса (при наличии) и дата рождения:
Работодатель, телефон, адрес:	Домашний адрес:
Ежемесячный доход:	Имущество:
Оклад и другие заработки пациента:	Сбережения:
Оклад и другие заработки супруги/супруга:	Чековый счет:
Оклад и другие заработки гарантодателя:	Депозитные сертификаты:
Пособия по уходу за ребенком:	Депозитные счета:
Доход от ренты:	Сберегательные облигации:
Пособия по безработице:	Ценные бумаги:
Пособия по временной нетрудоспособности:	Долговые расписки:
Пособие на содержание ребенка:	Фонды совместного инвестирования:
Алименты:	Индивидуальные пенсионные счета:
Компенсация работнику в связи с производственной травмой:	Накопления по пенсионному плану 401(k):
Компенсационные выплаты Управления по делам бывших военнослужащих:	Накопления по пенсионному плану 403(b):
Выплаты пособий по социальному обеспечению:	Накопления по пенсионному плану 457:
Доходы в виде дивидендов и процентов по ссудам:	Реализационная стоимость страхования жизни:
Авторские гонорары:	Личная собственность:
Пенсионные пособия:	Второй дом и имущество, сдаваемое в аренду:

Ежемесячный доход	Имущество (продолжение):
Государственное денежное пособие:	Второе автотранспортное средство:
Иные источники:	Всего:
Ежемесячный доход:	
Годовой доход:	Суммарные ежемесячные расходы:
ЕСЛИ ВЫ НЕ УКАЗАЛИ ИСТОЧНИКОВ ДОХОДА, УКАЖИТЕ, КТО ВАС СОДЕРЖИТ. При необходимости, укажите эти данные на отдельном листе бумаги.	

Дополнительно предоставьте копии самой последней налоговой декларации и двух последних квитанций о выплате заработной платы.

«Я обращаюсь к больнице с просьбой принять решение о праве на получение финансовой помощи. Я осознаю, что данная информация является конфиденциальной и будет проверена больницей. Я также осознаю, что в случае предоставления неправдивой информации мне может быть отказано в получении финансовой помощи и я буду обязан оплатить услуги, оказанные мне больницей. Настоящим я подтверждаю, что в меру моих знаний приведенная в данном заявлении информация является полной и правдивой, и что я понимаю процедуру и свои в ней роль и обязанности.»	
Подпись:	Дата:

Действия, предпринятые больницей:

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК

Квитанции о выплате заработной платы _____

Письмо-запрос на выдачу талонов на питание _____

Налоговая отчетность _____

Кредитная история _____

Прочие документы _____

Дата проверки ЭИС/ГДП _____

Необходимая документация для нерезидента: _____

Дата: _____

НЕ одобрено: _____

Причина: _____

Одобрено: _____

Счет №: _____

Дата истечения срока действия: _____

Комментарии: _____

Подпись уполномоченного лица:

Резолюция администратора