



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 (США) | 682-236-3000 или 800-890-6034 |
Факс 682-236-4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

Дата / Date: _____ Ф.И.О. поручителя / Guarantor Name: _____

Ф.И.О. пациента / Patient Name: _____ Дата(-ы) оказания услуг / Date(s) of Service: _____

Номер счета / Account # _____ Номер медицинской записи / Medical Record # _____

Уважаемый пациент и/или поручитель,

В приложении находится заявление на предоставление финансовой помощи Texas Health Resources. Заполнение этого заявления позволит нам представить ваш счет на рассмотрение вопроса о получении финансовой помощи для оплаты счета от вашей больницы, терапевта или службы неотложной медицинской помощи. Это относится только к вашей остаточной задолженности перед Texas Health Hospital, Texas Health Breeze Urgent Care или Texas Health Physician Group.

Мы понимаем, что вы хотели бы сохранить конфиденциальность. Соответственно, будет соблюдена конфиденциальность указанной в этом заявлении информации за исключением целей проверки. Texas Health Resources будет передан только минимально необходимый объем информации.

Заполните каждый пункт заявления. Если вам потребуется дополнительное место для каких-либо объяснений, воспользуйтесь обратной стороной заявления.

Для обработки заявления требуется подтверждение доходов. Список допустимых документов приведен ниже. Непредоставление затребованной документации может привести к отказу в рассмотрении заявления на оказание финансовой помощи.

Заполните заявление сразу после получения и отправьте его назад как можно скорее.

Если у вас возникли трудности с заполнением этого заявления или вам что-то неясно, позвоните нашей команде. Для заполнения этого заявления требуется ваше взаимодействие с нами.

ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОХОД, ЗАВИСЯТ ОТ ВАШЕЙ ФИНАНСОВОЙ СИТУАЦИИ.

ЛЮБОЙ ИЛИ ВСЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ МОГУТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТА ВАШЕГО СЛУЧАЯ С ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩЬЮ.

1. Расчетные листы со всех мест работы – 3 текущих расчетных листа для каждого места работы.
2. Выписки социального обеспечения или пенсии.
3. Индивидуальные предприниматели должны предоставить налоговую декларацию по налогу на доходы физических лиц за последний зарегистрированный календарный год и подробную личную банковскую выписку за 3 месяца.
 - а. Налоговая декларация = форма Personal 1040 плюс форма Schedule 1 и любые другие формы, указанные в Schedule 1.
4. Выписки по формам W-2 или 1099 для всех мест работы в течение соответствующего временного периода.
5. Пособия по безработице – формы утверждения или отклонения компенсации по безработице.
6. Подтверждение поступления пособия на ребенка – предпочтительно сводка главного прокурора штата.
7. Подтверждение наличия средств – подробные личные банковские выписки.
8. Формы, утверждающие или отклоняющие возможность участия в программе Medicaid и/или финансируемой штатом программе медицинской помощи.
9. Письменные заявления от работодателя или благотворительных органов.
10. Подписанное рекомендательное письмо от стороны, предоставляющей питание и приют.
11. Подтверждение дохода в виде компенсации за травмы на работе.
12. Отчет о доходах за краткосрочную или долгосрочную нетрудоспособность.
13. Формы, утверждающие или отклоняющие возможность получения пособий SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 (США) | 682-236-3000 или 800-890-6034 |
 Факс 682-236-4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ – страница 1

Ф.И.О. пациента / Patient Name: _____
 Фамилия / Last _____ Имя / First _____ Отчество / MI _____

Номер социального обеспечения / Social Security # _____
 В Дата рождения / DOB: _____
 Номер счета / Account #: _____

Женат/замужем / Married _____
 Холост/не замужем / Single _____
 разводе / Divorced _____
 Вдовец/вдова / Widowed _____
 Раздельное проживание / Separated _____

Есть ли у вас несовершеннолетние дети (до 18 лет)? / Do you have minor children (under 18)? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Проживают ли они вместе с вами? / Do they live with you? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Это ваши родные/усыновленные на законных основаниях дети? / Are they your birth/legally adopted children? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Устроен ли пациент на работу? / Patient Employed? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Устроен(-а) ли ваш(-а) супруг(-а) на работу? / Spouse Employed? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Есть ли у вас медицинская страховка? / Do you have medical insurance? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Являетесь ли вы членом плана совместного медицинского обслуживания/совместной оплаты расходов? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Являетесь ли вы нетрудоспособным(-ой)? В течение какого времени? / Are you on disability? How long? _____ Да / Yes _____ Нет / No
 Являетесь ли вы ветераном войны? / Are you a veteran? _____ Да / Yes _____ Нет / No

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ – (живущие в одном доме с вами)

Супруг(-а) / Spouse: _____

Ребенок / Child: _____	Возраст / Age: _____
Ребенок / Child: _____	Возраст / Age: _____
Ребенок / Child: _____	Возраст / Age: _____
Ребенок / Child: _____	Возраст / Age: _____

ДОХОД (ежемесячная сумма):

	До вычета налогов / Gross	После вычета налогов / Net	Расходы / Expenses	Ежемесячная сумма / Monthly Amount
Пациент / Patient	\$ _____	\$ _____	Ипотека/аренда / Mortgage/Rent	\$ _____
Супруг(-а) / Spouse	\$ _____	\$ _____	Коммунальные услуги / Utilities	\$ _____
Иждивенцы / Dependents	\$ _____	\$ _____	Платежи за автомобиль(-и) / Car Payments	\$ _____
Государственное пособие / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Продукты питания / Food / Groceries	\$ _____
Продуктовые талоны / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Кредитные карты / Credit Cards	\$ _____
Социальное обеспечение / Social Security	\$ _____	\$ _____	Другое / Other (указать / please specify)	\$ _____
Пособие по безработице / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Пособие бастующим / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Компенсация за травмы на работе / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	ВСЕГО / TOTAL	\$ _____
Алименты / Alimony	\$ _____	\$ _____		
Пособие на ребенка / Child Support	\$ _____	\$ _____		
Военные распределения / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
Пенсии / Pensions	\$ _____	\$ _____		
Доход от депозитных свидетельств / Income from: CD's, сдачи в аренду, дивидендов / процентов / Interest	\$ _____	\$ _____		
ВСЕГО / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

АКТИВЫ

Расчетный счет / Checking Account \$ _____
 Сберегательный счет / Savings Account \$ _____
 Депозитные свидетельства, индивидуальные пенсионные счета / CD's, IRA's \$ _____
 Другие инвестиции (акции, облигации и т. д.) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____
 Недвижимость/земля, отличные от основного места проживания / Properties/Land other than primary residence \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 (США) | 682-236-3000 или 800-890-6034 |
Факс 682-236-4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ – страница 2

Название работодателя / <i>Name of Employer</i>	_____	Работодатель супруга(-и) / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
Номер телефона / <i>Telephone #</i>	_____	Номер телефона / <i>Telephone #</i>	_____
Адрес работодателя / <i>Employer Address</i>	_____	Адрес работодателя / <i>Employer Address</i>	_____
Род деятельности / <i>Occupation</i>	_____	Род деятельности / <i>Occupation</i>	_____

Есть ли у вас в настоящее время действующее заявление на получение льгот в рамках программы Medicaid? / *Are you currently applying for Medicaid Benefits?* _____ Да / Yes _____ Нет / No

Подали ли вы заявление на помощь через программу от больницы или для нуждающихся в своем округе? / *Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?* _____ Да / Yes _____ Нет / No

Ваш терапевт бесплатно оказывает вам свои услуги? / *Is your physician donating his/her services?* _____ Да / Yes _____ Нет / No

Есть ли какие-либо третьи стороны, потенциально ответственные за происшествие с вами/вашу травму/ваше заболевание? / *Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?* _____ Да / Yes _____ Нет / No

Помогает ли вам кто-либо с оплатой ваших медицинских счетов Texas Health? / *Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?* _____ Да / Yes _____ Нет / No

Кто помогает вам? / *Who is assisting you?* _____

Какой размер помощи вы получаете? / *How much assistance are you receiving?* _____

Укажите любую другую информацию, которую вы считаете полезной нам для определения вашей возможности получения помощи с оплатой ваших медицинских счетов Texas Health / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.*

Ожидаемый заработок и/или финансирование, которые вы получите в течение своего нерабочего времени из-за вашего заболевания / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.*

(Отпуск по болезни, оплачиваемое нерабочее время, выплаты в случае кратковременной/долговременной нетрудоспособности / *Sick leave, paid time off, short/long term disability income).* \$ _____

Ожидаемый срок, в течение которого вы не сможете работать и получать заработную плату / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* _____

Я понимаю, что Texas Health Resources может проверить финансовую информацию, содержащуюся в этом заявлении, в связи с оценкой этого заявления, и настоящим уполномочиваю Texas Health связаться с моим работодателем для удостоверения предоставленной информации и запроса отчетов от бюро кредитных историй. Я понимаю, что на основе этой информации будет определена моя возможность получения финансовой помощи и что фальсификация информации в этом заявлении приведет к отказу в финансовой помощи. Я также понимаю, что любое решение об утверждении финансовой помощи может быть полностью или частично изменено на противоположное в случае взыскания от третьей стороны или другого источника.

[Ответственность только перед третьей стороной] Я также понимаю, что любая финансовая помощь, которую я получу, не должна истолковываться как отказ больницы от осуществления своих прав или права возмещения любой суммы, которую я буду должен(-на), и что любое возмещение, которое я получу в связи с этой госпитализацией, должно быть отправлено в Texas Health Resources.

_____	_____
Подпись лица, подающего запрос, если это пациент / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	Дата / <i>Date</i>

_____	_____
Подпись лица, подающего запрос, если это не пациент / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	Степень родства / <i>Relationship</i>

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Адрес пациента / <i>Patient's Address</i>	Город / <i>City</i>	Штат / <i>State</i>	Индекс / <i>ZIP</i>	Округ / <i>County</i>	Номер домашнего телефона / <i>Home Telephone Number</i>