



Единое заявление на получение финансовой помощи от штата Мэриленд Информация о вас

Имя _____
Первое Второе Фамилия

Номер социального страхования _____ - _____ - _____ Семейное положение: Холост/не замужем Женат/замужем Проживаю
отдельно

Гражданин США: Да Нет Постоянный резидент: Да Нет

Домашний адрес _____ Телефон _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Место работы _____ Телефон _____

Рабочий адрес _____

Город Штат Почтовый индекс

Члены семьи:

Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
Имя _____	Дата рождения _____	Возраст _____	Кем приходится _____	Вы уже были пациентом Sinai? Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>

Обращались ли вы за услугами программы медицинского обслуживания (Medical Assistance)? Да Нет

Если да, то когда? _____

Если да, то каким было решение? _____

Получаете ли вы какую-либо помощь от штата или округа? Да Нет

Верните заявление по адресу: Patient Financial Services
 Attn: Customer Service
 2401 W. Belvedere Avenue
 Baltimore, MD 21215

Исполнитель:

Patient Financial Services

Только для использования в больнице/отделении/агентстве

Отделение: _____ Доб. _____

Название агентства: _____

I. Доход семьи

Укажите сумму своего ежемесячного дохода из всех источников. Вас могут попросить предоставить документы, подтверждающие ваши доходы, активы и расходы.

В случае отсутствия дохода предоставьте письменное подтверждение от лица, обеспечивающего вас жильем и питанием.

Ежемесячная сумма	_____
Трудовая деятельность	_____
Пенсионное пособие/обеспечение	_____
Пособие по социальному обеспечению	_____
Пособие по государственному социальному обеспечению	_____
Пособие по инвалидности	_____
Пособие по безработице	_____
Пособие ветеранам	_____
Алименты	_____
Доход от сдачи недвижимости в аренду	_____
Пособие для бастующих	_____
Выплаты военнослужащим	_____
Фермерское хозяйство или индивидуальная трудовая деятельность	_____
Другой источник дохода	_____
Итого: _____	

II. Ликвидные активы

Текущая задолженность

Текущий счет в банке	_____
Сберегательный счет	_____
Акции, облигации, вкладные сертификаты или депозитные счета	_____
Другие счета	_____
Итого: _____	

III. Другие активы

Если вы владеете чем-либо из перечисленного, укажите тип и приблизительную стоимость данного имущества.

Недвижимость	Остаток кредитной задолженности _____	Приблизительная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Второй автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Второй автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Итого:	_____	

IV. Ежемесячные расходы

Сумма

Аренда или ипотека	_____
Коммунальные услуги	_____
Выплата(-ы) за автомобиль	_____
Страхование здоровья	_____
Другие медицинские расходы	_____
Прочие расходы	_____

