

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Заявление о предоставлении  
финансовой помощи на лечение в  
Johns Hopkins Medicine**

**Пожалуйста, заполните прилагаемые формы и верните их вместе с документацией, как указано ниже.**

**Формы, которые должны включать:**

Заявление о предоставлении финансовой помощи (прилагается)

**Документация, которая должна включать:**

1. Копия налоговой декларации за прошлый год. (Если вы состоите в браке и подаете документы отдельно, пожалуйста, предоставьте копии обеих деклараций).
2. Копия ваших последних трех (3) платежных квитанций, письмо от работодателя или подтверждение статуса безработного.
1. Копия письма о выплате пособия по социальному обеспечению (если применимо)
2. Копия письма-решения от медицинской службы или службы социального обеспечения.
3. Подтверждение ежемесячных расходов на проживание, указанных в вашем заявлении, например, копии телефонных счетов, счетов за коммунальные услуги или арендную плату / платежи по ипотеке.
4. Копии документов о неоплаченных медицинских расходах.
5. Копии всех медицинских страховых полисов.
6. Подтверждение места жительства, такое как удостоверение личности, водительские права, свидетельство о рождении или законный статус постоянного жителя (грин-карта).

**ПОЖАЛУЙСТА, ОТПРАВЬТЕ  
ИНФОРМАЦИЮ ПО АДРЕСУ:  
ATTN: REIMBURSEMENT  
DEPARTMENT  
5901-A HOLABIRD AVENUE  
BALTIMORE, MD 21224**



## Заявление о предоставлении финансовой помощи

### Информация о вас

ФИО:

Имя

Отчество

Фамилия

Номер социального страхования - Семейное положение: холост, женат, разведен

Гражданин США    ДА    НЕТ                      Постоянное резидентство:            ДА    НЕТ

Домашний адрес:

Телефон

Город

Штат

Почтовый индекс

Страна

Имя работодателя:

Телефон

Рабочий адрес:

Город

Штат

Почтовый индекс

Члены семьи:

Имя

Возраст

**ВЫ**

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Имя

Возраст

Отношение

Обращались ли вы за медицинской помощью

ДА    НЕТ

Если да, то в какой день вы подали заявление?

Если да, то каково было решение?

Получаете ли вы какую-либо помощь от штата или округа?            ДА    НЕТ

### I. Семейный доход

Укажите сумму вашего ежемесячного дохода из всех источников. Возможно, от вас потребуют предоставить документы,

подтверждающие доходы, активы и расходы. Если у вас нет дохода, пожалуйста, предоставьте письмо от лица, предоставляющего вам жилье и питание.

	Ежемесячная сумма
Трудовые	_____
пенсии/Пенсионные	_____
пособия Пособия по	_____
социальному обеспечению,	_____
Государственная помощь,	_____
пособия по инвалидности,	_____
пособия по безработице,	_____
Пособия ветеранам	_____
Алименты	_____
Доход от аренды	_____
недвижимости Доход от	_____
забастовки	_____
Военные льготы	_____
Фермерское хозяйство или	_____
самозанятость - Другой	_____
источник дохода	_____
Итого	_____

### *II. Ликвидные активы*

	Текущий баланс
Текущий счет	_____
Сберегательный счет	_____
Акции, облигации, вклады или Денежный	_____
рынок	_____
Другие счета	_____

### *III. Прочие активы*

Если у вас есть какой-либо из перечисленных ниже товаров, пожалуйста, укажите его тип и приблизительную стоимость.

Дом	Остаток по кредиту		Приблизительная стоимость
Автомобиль	Марка	Год	Приблизительная стоимость
дополнительного транспортного средства	Марка		Приблизительная стоимость
	Год дополнительного транспортного		Приблизительная стоимость
средства	Марка	Год	

Другое имущество	Приблизительная стоимость
	Итого
<i>IV. Ежемесячные расходы</i>	Сумма
Аренда или ипотека	
Коммунальные услуги	_____
Оплата автомобиля (ов)	
Кредитная карта(ы)	
Страхование автомобиля	
Медицинское страхование	
Прочие медицинские расходы	
Прочие расходы	
Есть ли у вас еще какие-нибудь неоплаченные медицинские счета? За какую услугу?	ДА    НЕТ
Если вы согласовали план оплаты? Каковы ежемесячные платежи?	

**Право на получение медицинской и финансовой помощи в трудную минуту:**

Доход семьи за двенадцать (12) календарных месяцев, предшествующих дате подачи настоящего заявления:

Задолженность по медицинским выплатам, возникшая в Johns Hopkins (не включая сострахование, доплаты или франшизы) за двенадцать (12) календарных месяцев, предшествующих дате подачи настоящего заявления:

Дата получения услуги	Сумма задолженности
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Для получения предполагаемого права на получение финансовой помощи:**

1. Каков возраст пациента? \_\_\_\_\_
2. Беременна ли пациентка? Да или нет
3. Есть ли у пациента дома дети в возрасте до 21 года? Да или нет
4. Является ли пациент слепым или потенциально нетрудоспособным в течение 12 месяцев или больше от оплачиваемой работы? Да или нет
5. Получает ли пациент в настоящее время льготы по программе SSI или диспансеризации? Да или нет
6. Есть ли у пациента (и, если он состоит в браке, у супруга/супруги) общие банковские счета или активы, конвертируемые в наличные деньги, которые не превышают указанных ниже сумм? Да или нет

**Размер семьи:**

Индивидуальный:           \$2 500,00

Два человека:               \$3 000,00

За каждого дополнительного члена семьи добавьте по \$100

(Пример: для семьи из четырех человек, если у вас общая сумма ликвидных активов составляет менее \$3 200,00 долларов, вы бы ответили "ДА".)

7. Является ли пациент жителем штата Мэриленд?  
нет, если пациент не является жителем штата Мэриленд, то в каком штате он проживает? \_\_\_\_\_ Да или нет
8. Является ли пациент бездомным? Да или нет
9. Участвует ли пациент в программе WIC? Да или нет
10. Участвуют ли дети в программе бесплатного или льготного питания в семье? Да или нет
11. Участвует ли домохозяйство в программе энергетической помощи для малоимущих? Да или нет
12. Получает ли пациент талоны SNAP/на питание? Да или нет
13. Зарегистрирован ли пациент в клинике Healthy Howard, Chase Brexton? Да или нет

14. Был ли пациент направлен в SH католическими благотворительными организациями, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, or Proyecto Salud? Да или нет
15. Есть ли у пациента в настоящее время:  
Медицинская помощь Только в аптеке Да или нет  
QMB/SMLB Да или нет
16. Работает ли пациент? Да или нет  
Если нет, то дата когда стал безработным.  
Имеете ли вы право на получение медицинской страховки COBRA? Да или нет

Вся представленная документация становится частью этой заявки.

Если вы обратитесь с просьбой о предоставлении вам дополнительной финансовой помощи, JHM может запросить дополнительную информацию для принятия дополнительного решения. Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что предоставленная информация соответствует действительности, и соглашаетесь уведомлять JHM о любых изменениях в предоставленной информации в течение десяти дней с момента внесения изменений. Вся информация, представленная в заявке, является достоверной и точной в меру моих знаний, информированности и убеждений.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Отношение к пациенту