

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.

Пожалуйста, предоставьте копию следующих статей ежемесячных расходов (отопление, аренда, питание, коммунальные услуги и т.д.)

- ❖ 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.
- ❖ Текущие копии выписок по всем счетам за последние три месяца: самые последние выписки по сберегательным и/или расчетным счетам или копия вашего недавнего баланса банковской книги. Убедитесь, что включены ИРА, денежные рынки, сертификаты депозитов и т.д.

Если ни одно из вышеперечисленного не относится к вам, пожалуйста, предоставьте подписанное нотариально заверенное письмо, объясняющее ваши обстоятельства.

Финансовые адвокаты пациентов (PFA) Brown University Health готовы помочь с заполнением заявки. Пациент/его семья могут либо записаться на прием, либо прийти на прием к адвокату в любом месте ниже. Пациенты также могут получить информацию о помощи, позвонив в PFA по телефону (401-444-7850). Для получения информации из больниц штата Массачусетс звоните по указанному ниже номеру больницы.

Пожалуйста, отправьте заявление и подтверждающую документацию непосредственно в Офис финансовой адвокатуры пациентов по указанным ниже адресам соответствующей больницы:

Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital ATTN: Patient Advocate APC Basement/HIS Dept. 593 Eddy Street Providence, RI 02903	The Miriam Hospital ATTN: Patient Advocate 164 Summit Ave Providence, RI, 020906	Newport Hospital ATTN: Patient Advocate 20 Powell Street Newport, RI, 02840
Emma Pendleton Bradley Hospital ATTN: Financial Counselors 1011 Veterans Memorial Parkway Riverside, RI 02915	Saint Anne's Hospital ATTN: Financial Counselors 795 Middle St Fall River, MA 02721 (508) 235-5029	Morton Hospital ATTN: Financial Counselors 88 Washington St Taunton, MA, 02780 (508) 508-828-7324
Gateway Healthcare 103 Bacon Street Pawtucket, RI 02860	Gateway Healthcare 1443 Hartford Avenue Johnston, RI 02919	Gateway Healthcare 4705A Old Post Road Charlestown, RI 02813

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

Благодарим за сотрудничество.

Университетские больницы Брауна и их филиалы

Дата:

Пациент:	Поручитель / супруг(-а):				
Номер медицинской карты:	Номер медицинской карты:				
Дата рождения:	Дата рождения:				
Номер социального обеспечения (если выдан):	Номер социального обеспечения (если выдан):				
Домашний телефон:	Мобильный телефон:	Домашний телефон:	Мобильный телефон:		
Домашний адрес:	Кем приходится пациенту:				
	Домашний адрес:				
Собственное или арендуемое жилье?					
Род занятий и работодатель:	Род занятий и работодатель:				
Адрес работодателя:	Адрес работодателя:				
Связан ли этот визит с производственной травмой или несчастным случаем на производстве? Да	Нет (если да, предоставьте информацию о страховании и приложите объяснительную записку)				
Вы указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? Да	Нет	Количество иждивенцев (включая вас):			
Получаете ли вы льготы по Программе продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)? Да				Нет	Если да, предоставьте соответствующее письмо.
Вы живете в приюте? Да				Нет	Если да, предоставьте письмо из приюта.
Вы обращались в HealthSource RI? Да	Нет	Предоставьте письмо.			
Вы подавали заявку на получение социального пособия по инвалидности (Social Security Disability Insurance, SSDI)? Да				Нет	(если да, то когда)

Предоставьте следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ пациента или поручителя.

Имя, фамилия и кем приходится пациенту:	Номер социального обеспечения (если выдан): Номер медицинской карты:	Дата рождения:
Работодатель, номер телефона и адрес:	Домашний адрес:	
Имя, фамилия и кем приходится пациенту:	Номер социального обеспечения (если выдан): Номер медицинской карты:	Дата рождения:
Работодатель, номер телефона и адрес:	Домашний адрес:	
Имя, фамилия и кем приходится пациенту:	Номер социального обеспечения (если выдан): Номер медицинской карты:	Дата рождения:
Работодатель, номер телефона и адрес:	Домашний адрес:	
Имя, фамилия и кем приходится пациенту:	Номер социального обеспечения (если выдан): Номер медицинской карты:	Дата рождения:
Работодатель, номер телефона и адрес:	Домашний адрес:	

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	СУММА	СТАТЬИ ДОХОДА	СУММА	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ / ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ	СУММА
Заработка плата пациента		Сберегательный счет		Ипотечный платеж или арендная плата	
Заработка плата супруга(-и)		Текущий чековый счет		Текущий баланс	
Заработка плата поручителя		Депозитные сертификаты (Certificates of Deposit, CD)		Налоги на недвижимость, если они не включены в ипотечный платеж	
Доход от индивидуального предпринимательства		Депозитные счета денежного рынка		Коммунальные услуги: Газ / электричество / топливо	
Доход по уходу за ребенком		Сберегательные облигации		Кабельное ТВ / Интернет	
Доход от аренды		Акции		Телефон	
Компенсация по безработице		Облигации		Автоплатежи или лизинговые платежи	
Страхование в связи с временной утратой трудоспособности		Паевые инвестиционные фонды		Текущий баланс	
Алименты на содержание ребенка		Индивидуальные пенсионные счета (Individual Retirement Account, IRA)		Платежи по кредитной карте	
Алименты	401(k)s			Текущий баланс	
Пособия и льготы для ветеранов	403(b)s			Ссуды в рассрочку	
Выплаты по социальному обеспечению	457s			Текущий баланс	
Доход в виде дивидендов и процентов		Накопительное страхование жизни		Автострахование	
Компенсация за использование права собственности		Личная собственность		Страхование домовладельцев / арендаторов	
Пенсии		Второй дом и собственность, сдаваемая в аренду		Расходы на медицинское обслуживание	
Социальная помощь (включите сюда пособие по программе SNAP, если получаете)		Дополнительные автотранспортные средства		Продовольственные товары	
Другое				Прочие расходы	
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:					
ГОДОВОЙ ДОХОД:		ИТОГО:		ИТОГО:	

«Я прошу больницу принять решение относительно моего соответствия критериям получения финансовой помощи. Я понимаю, что эта информация является конфиденциальной и должна быть проверена администрацией больницы. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация является ложной, мне может быть отказано в финансовой помощи и я буду нести ответственность за оплату услуг, предоставленных мне в больнице. Настоящим подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, указанная в этом заявлении, является полной и достоверной и что я понимаю процесс обработки данных и свою сферу ответственности».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись супруга(-и) / поручителя: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННИХ ЦЕЛЕЙ

Одобрено:	Дата:	
Отказано:	Дата:	
Подпись руководителя:	Получатель медицинского пособия (Medical Assistance): о Да о Нет	
Страховое покрытие:		
Комментарии:		
Размер семьи: _____	Федеральный прожиточный минимум (Federal Poverty Level, FPL): _____	% от FPL: _____
СКИДКА (%): _____	Диапазон дат: _____	