

ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Имя и фамилия пациента: _____

Номер счёта: _____

РАЗДЕЛ I ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ/ПОРУЧИТЕЛЕ

Общее число членов семьи: _____

Число иждивенцев до 21 года: _____

Имя и фамилия поручителя, и кем он приходится пациенту: _____

Иммиграционный статус пациента: _____

№ статьи: _____ Дата получения статуса: _____ № амнистии: _____

Жилец дома престарелых: Да _____ Нет _____

Инвалид: Да _____ Нет _____

Беременная женщина: Да _____ Нет _____

Лицо, законно признанное слепым: Да _____ Нет _____

Лицо, чьё заявление на получение соц. пособия по нетрудоспособности (SSI/SSP) находится в стадии рассмотрения: Да _____ Нет _____

Жертва преступления: Да _____ Нет _____

РАЗДЕЛ II ВАЛОВОЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

ЗАРАБОТАННЫЙ ДОХОД (ОКЛАД, ЗАРПЛАТА, ЧАЕВЫЕ И Т. П.)

Обведите один или несколько вариантов

Пациент/отец _____ \$ _____

Супруг/супруга/мать/прочее (укажите) _____ \$ _____

НЕЗАРАБОТАННЫЙ ДОХОД

Отметьте все необходимые варианты

- Пособие по нетрудоспособности _____ \$ _____

- Пенсия _____ \$ _____

- Пособие для малоимущих _____ \$ _____

- Прочее (обведите всё, что относится) _____ \$ _____

Страхование пособие по безработице	Пособие для ветеранов
Социальное пособие	Компенсация за произв. травму
Алименты на ребёнка	Супружеские алименты
Пожертвования	Процентный доход
Дивиденды	Имущественный доход
Займы	

ОБЩИЙ ДОХОД _____ \$ _____

Обеспечивают ли вас жильём и питанием семья/друзья? Да _____ Нет _____

РАЗДЕЛ III ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ

Номер чекового счёта: _____

Название банка/кред. союза: _____ \$ _____

Отделение: _____

Номер сберегательного счёта: _____

Название банка/кред. союза: _____ \$ _____

Отделение: _____

Ценные бумаги/акции/облигации/выкупная сумма по договору страхования/возврат налога/и т. п.

(укажите) _____ \$ _____

ОБЩАЯ СУММА ЛИКВИДНЫХ АКТИВОВ _____ \$ _____

РАЗДЕЛ IV НЕЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ

Все имеющиеся в собственности транспортные средства

(Обведите всё, что относится)

	Марка	Год	Сумма долга	Ежемес. выпл.	Стоим.
1-й автомобиль	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2-й автомобиль	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Грузовик/мотоцикл	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Лодка/кэмпер/ жилой автофургон	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочее	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Общая сумма (за искл. 1-го авто.) \$ _____ \$ _____ \$ _____

Вы владеете жильём или арендуете его? Владею _____ Арендную _____

Владеете ли вы недвижимостью помимо вашего жилья? Да _____ Нет _____

Адрес/Местоположение: _____

	Стоимость	Сумма долга	Чистая стоим.
Другое имущество	\$ _____	\$ _____	\$ _____

ОБЩАЯ СУММА НЕЛИКВИДНЫХ АКТИВОВ

(сложите общ. стоимость всех трансп. средств и чистую стоимость другого имущества) \$ _____

РАЗДЕЛ V ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ

	ОБЩАЯ СУММА ДОЛГА	ЕЖЕМЕС. ВЫПЛ. или РАСХОДЫ
--	-------------------	---------------------------

Супружеские алименты и/или алименты на ребёнка (если ребёнок не указывается в качестве иждивенца) _____ \$ _____ \$ _____

Стоимость детского дошкольного учреждения (для работающих родителей) _____ \$ _____ \$ _____

Стоимость взносов на мед. страхование _____ \$ _____ \$ _____

Рабочие расходы (\$75 на каждое работающее лицо) _____ \$ _____ \$ _____

Промежуточная сумма расходов _____ \$ _____ \$ _____

Общая сумма выплат за трансп. ср-ва из раздела IV _____ \$ _____ \$ _____

Общая сумма расходов на медицинские/стоматологические услуги (включая Медцентр UCD) \$ _____ \$ _____

Кредитные счета/займы/кредитные карты:

Название: _____ \$ _____ \$ _____

Название: _____ \$ _____ \$ _____

Название: _____ \$ _____ \$ _____

Mastercard лимит \$ _____ \$ _____ \$ _____

Visa лимит \$ _____ \$ _____ \$ _____

Промежуточная сумма _____ \$ _____ \$ _____

ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ _____ \$ _____ \$ _____

Примечания:

ЦЕЛЬ: Цель данной информации – определить вашу способность оплатить услуги, оказываемые вам в Медцентре UCD, или вашу возможную правомочность пользоваться услугами программы по оказанию помощи при оплате медицинских услуг. Данная информация **НЕ ЯВЛЯЕТСЯ** заявлением на получение услуг в рамках страховой программы Medi-Cal, программы округа Сакраменто по оказанию медицинской помощи малоимущим или любой другой программы помощи, предлагаемой окружной администрацией. В ЦЕЛЯХ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ, ВЫ ДОЛЖНЫ СВЯЗАТЬСЯ С ДЕПАРТАМЕНТОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СВОЁМ ОКРУГЕ ПРОЖИВАНИЯ.

Настоящим подтверждаю, что вышеизложенная информация является полной и верной. Я понимаю, что больница оставляет за собой право проверить всю предоставленную информацию. В случае каких-либо изменений в моей финансовой информации, я даю согласие уведомить об этом Отдел финансового обслуживания пациентов Системы здравоохранения UCD по телефону (916) 734-9200 в течение 10 дней с момента появления таких изменений. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПО-ПРЕЖНЕМУ НЕСУ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОПЛАТУ ПОЛНОЙ СУММЫ, ПРЕДЪЯВЛЕННОЙ МНЕ ЗА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ В МЕДЦЕНТРЕ UCD.

Подпись пациента /ответственного лица

Дата

Свидетель / переводчик (оговорка об ограничении ответственности переводчика)

Представитель больницы