

**Вы можете получить бесплатное лечение или лечение со скидкой.** Заполнение данного заявления поможет Shirley Ryan AbilityLab (“SRALab”) определить, можете ли Вы получить бесплатное лечение или лечение со скидкой, или участвовать в других государственных программах, которые помогут оплатить Ваше лечение. Важно: Финансовая помощь доступна только для жителей штата Иллинойс.

**Если у вас отсутствует медицинское страхование, в этом случае номер социального страхования не требуется, чтобы претендовать на бесплатное лечение или лечение со скидкой.** Тем не менее, номер социального страхования необходим для некоторых государственных программ, в том числе Medicaid. Предоставление номера социального страхования не требуется, но это поможет госпиталю определить, можете ли Вы претендовать на государственные программы.

Пожалуйста, заполните данную форму и отправьте ее в SRALab по почте, по факсу или лично для получения бесплатного лечения или лечения по сниженной цене, как можно быстрее после оказания Вам медицинской помощи. Мы примем Ваше заявление в течении 240 дней с момента получения Вами первого счета за оказание медицинской помощи. Пациент признает, что он (она) приложили добросовестные усилия, чтобы предоставить всю запрашиваемую информацию в заявлении, чтобы помочь SRALab определить имеет ли пациент право на получение финансовой помощи.

<b>Информация о пациенте</b>		
Ф. И.О пациента	Номер социального страхования	Дата рождения пациента
Телефон пациента	Адрес пациента	
Место работы пациента	Адрес работы пациента	Ежемесячный доход
<b>Информация о супруге / поручителе</b>		
Ф. И.О супруга (и)/поручителя	Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Другое	
Телефон поручителя	Адрес поручителя	
Место работы поручителя	Адрес места работы поручителя	Ежемесячный доход
<b>Предварительные критерии приемлимости</b>		
<b><u>Информация, предоставленная Вами в этом разделе поможет SRALab определить, можете ли Вы претендовать на получение финансовой помощи. Если вы соответствуете более чем одному нижеуказанному критерию, Вам нужно предоставить необходимую документацию только по одному критерию, которому Вы соответствуете.</u></b>		
<b>Критерии</b>	<b>Отметьте Да/Нет</b>	<b><u>Приложите соответствующие документы к заявлению</u></b>
Участие в программе Women, Infants, and Children Nutrition Program (WIC)	Да/Нет	Копия любого документа, например письма, который подтверждает, что пациент получает помощь
Участие в программе Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	Да/Нет	
Участие в программе Illinois Free Lunch and Breakfast Program	Да/Нет	
Участие в программе Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	Да/Нет	
Получение грантовой помощи для медицинских услуг	Да/Нет	
Имеющий право на получение Medicaid, но в случае если Medicaid отсутствует на момент получение медицинской помощи, или данные услуги не покрываются Medicaid	Да/Нет	Документы не требуются. Мы проверим государственную базу данных для подтверждения.
Умерший без имущества	Да/Нет	<u>Копия свидетельства о смерти пациента</u>
Умственная недееспособность, никто не принимает решения за пациента	Да/Нет	Письменное подтверждение от врача или семьи пациента
Участие в общинной программе	Да/Нет	<u>Письмо подтверждающее участие пациента в программе</u>

Недавнее личное банкротство	Да/Нет	Юридическая документация, подтверждающая банкротство
Без определенного места жительства	Да/Нет	Адрес приюта для бездомных: _____ _____ Телефон приюта для бездомных: (____)
Тюремное заключение	Да/Нет	Документы не требуются. Мы проверим государственную базу данных для подтверждения.
<b>Если пациент соответствует одному из вышеперечисленных критериев, заполнение раздела о доходах семьи в данном заявлении не требуется.</b>		
<b>Информация о страховании пациента</b>		
Отметьте необходимое ниже X, если пациент покрывается или является бенефициаром любой из следующих программ медицинского страхования:		
<input type="checkbox"/> Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Пособие для ветеранов <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare Supplement	<input type="checkbox"/> Незастрахован(а)
Связано ли лечение с одним из следующих ?:		
<input type="checkbox"/> Несчастный случай	<input type="checkbox"/> Преступление	<input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте <input type="checkbox"/> Другое: _____

<b>Доход семьи</b>		
Пожалуйста, перечислите все источники дохода, включая, но не ограничиваясь следующим: заработная плата, пособие по социальному обеспечению, пенсия, прибыль от доли капитала, доход от аренды, алименты, выплаты на содержание после развода, или государственная помощь. Источники дохода должны принадлежать пациенту, супругу(е) или партнеру( если поручитель), или родителю(ям) пациента или опекуну(если пациент или поручитель являются несовершеннолетними). <b>Пожалуйста, посмотрите на стр. 3 данного заявления список необходимой документации, и приложите дополнительные страницы, если необходимо.</b>		
Ф. И. О. члена семьи	Источник дохода/пособия	Валовая ежемесячная сумма

<b>Зависимые члены семьи (В соответствии с налоговой декларацией)</b>		
Ф. И. О.	Возраст	Родство

**Перейдите на стр.3 для подписи**

### Сопроводительные документы

Пожалуйста, предоставьте документы указанные ниже. Если необходимые документы не будут предоставлены, Ваше заявление может быть отклонено, или его рассмотрение может занять больше времени. Если Вы не можете предоставить необходимый документ, пожалуйста напишите заявление с объяснением причины.

#### Требуется:

1. Удостоверение личности: Пожалуйста, предоставьте один документ из списка:
  - Удостоверение личности с фотофразией, если имеется ( водительское удостоверение, выданное штатом Иллинойс или удостоверение личности, выданное штатом Иллинойс, либо паспорт)
  - Другое официальное удостоверение личности
  
2. Подтверждение проживания в штате Иллинойс : Если у вас отсутствуют водительские права или удостоверение личности, выданные штатом Иллинойс, указанные в #1, предоставьте как минимум один из следующих документов, выданных на Ваше имя:
  - Недавние счета на оплату коммунальных услуг
  - Договор на аренду жилья
  - Регистрация автомобиля в штате Иллинойс
  - Регистрация голосования
  - Текущие письма, адресованные заявителю от государственной или другой заслуживающей доверия службы
  - Письмо из приюта бездомных
  - Заявление от члена семьи пациента, который проживает по тому же адресу, и может предоставить подтверждение проживания
  
3. Подтверждение дохода семьи :Пожалуйста, предоставьте следующие документы, если это относится к Вам:
  - Последняя налоговая декларация, включая все перечни
  - Недавняя форма W-2 или 1099
  - Два последних чека на получение зарплаты, включая зарплату, пособие по безработице, и/или пособие по социальному обеспечению
  - Письменное подтверждение от работодателя, если оплата происходит наличными
  - Заявление о получении содержания после развода, доход от бизнеса, пенсии/пособия (если это не указано в последней налоговой декларации, или если сумма указанная в этом году будет отличаться от суммы указанной в предыдущих налоговых декларациях).
  
4. Активы :Пожалуйста, предоставьте следующие документы, если это относится к Вам :
  - Текущий банковский счет, сберегательный и/или кредитного союза
  - Информация относительно стоимости и получения дохода от владения недвижимостью( здания/земельные участки) кроме основного места проживания
  - Другая информация о инвестициях (облигации, акции, и т. д.), кроме пенсионного счета IRA/401k и сберегательного счета на образование 529 college savings accounts.

### Сертификация пациента

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является достоверной настолько мне известно. Я буду подавать заявление на получение любой государственной, федеральной или местной помощи на которую я имею права, чтобы оплатить счет за получение медицинской помощи. Я понимаю, что предоставленная мною информация может быть проверена госпиталем, и я разрешаю госпиталю связаться с третьей стороной для подтверждения информации, предоставленной в данном заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставлю ложную информацию в данном заявлении, я не буду иметь право на получение финансовой помощи, и что любая финансовая помощь, предоставленная мне, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

Пациент ( или Заявитель) Ф. И. О.: \_\_\_\_\_

Пациент ( или Заявитель) Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, позвоните по телефону **(312) 238-6039**, если у Вас имеются вопросы по данному заявлению. Отправьте данное заявление и необходимые сопроводительные документы по адресу:

**По почте или лично:**

Shirley Ryan AbilityLab  
Patient Financial Services Department  
Financial Assistance Program 355 E. Erie St.  
Chicago, IL 60611

**Факс:**

(312) 238-7569