

FINANCE



JOHNS HOPKINS

MEDICINE

Johns Hopkins Medicine Заявление на получение финансовой помощи

Просьба заполнить приложенные формы и вернуть их вместе с необходимыми документами согласно указанному ниже.

Обязательные формы:

Заявление на получение финансовой помощи (приложено)

Обязательные документы:

1. Копия документа о получении налогового вычета за прошлый год (если состоите в браке и подаете документы отдельно, предоставьте копии обоих документов о получении налогового вычета).
2. Копии 3 (трех) последних платежных ведомостей, письмо от работодателя или подтверждение статуса безработного.
1. Копия письма о присвоении номера социального страхования (если применимо).
2. Копия письма-решения от Отдела медицинской помощи или социального страхования.
3. Подтверждение ежемесячных расходов на проживание, которые указаны в вашем заявлении, а именно копии счетов за телефонную связь, газ и электричество, квитанций об оплате аренды или взносов по ипотеке.
4. Копии неоплаченных счетов за медицинские услуги.
5. Копии всех карт медицинского страхования.
6. Подтверждение статуса резидента, а именно удостоверение личности, водительское удостоверение, свидетельство о рождении или подтверждение законного статуса постоянного резидента (гринкард).

ПРОСЬБА ОТПРАВИТЬ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПО АДРЕСУ:

3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100

КОМУ: FINANCIAL ASSISTANCE LIAISON

BALTIMORE, MD 21211

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:

3910 Keswick Rd, Suite S-5100

ATTN: Financial Assistance Liaison

Baltimore, MD 21211

EMAIL: financialassistance@jhmi.edu

ТЕЛЕФОН: 443-997-3067

ФАКС: 443-769-1250



Заявление на получение финансовой помощи

Информация о Вас

ФИО: _____
Имя Среднее имя Фамилия

Номер социального страхования _____ - _____ - _____ Семейное положение: холост/ не замужем
женат/замужем раздельное проживание
Гражданство США ДА НЕТ Постоянное резиденство: ДА НЕТ

Домашний адрес: _____ Телефон: _____

Город Штат Индекс Страна

Имя работодателя: _____
Адрес места работы: _____
Город Штат Индекс

Члены семьи:

		ЗАЯВИТЕЛЬ
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
ФИО	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____

Подávalи ли вы заявление на получение помощи в рамках программы Medical Assistance? ДА НЕТ

Если да, то какого числа вы подали заявление? _____

Если да, то какое решение по своему заявлению _____

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

1. Доход семьи

Укажите сумму вашего ежемесячного дохода из всех источников. Вас могут попросить предоставить подтверждение дохода, наличия активов и расходов. Если у вас нет дохода, предоставьте письмо от лица, которое обеспечивает вам проживание и питание.

	Ежемесячный доход
Трудовая занятость	_____
Пенсионные выплаты	_____
Социальные пособия	_____
Государственная помощь	_____
Выплаты по инвалидности	_____
Выплаты по безработице	_____
Выплаты ветеранам	_____
Алименты	_____
Доход от объекта недвижимости, сдаваемого в	_____
Выплаты от профсоюза в поддержку забастовщиков	_____
Выплаты военным	_____
Фермерская деятельность или самозанятость	_____
Прочие источники дохода	_____

Итого _____

2. Ликвидные активы

Текущий баланс

Чековый счет	_____
Сберегательный счет	_____
Акции, облигации, депозитные сертификаты или денежные рынки	_____
Прочие счета	_____

Итого _____

3. Прочие активы

Если у вас есть что-либо из нижеперечисленного, укажите тип и приблизительную стоимость.

Жилье	Остаток по кредиту		Приблизительная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____	Год выпуска _____	
Дополнительный транспорт	Марка _____	Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Дополнительный транспорт	Марка _____	Год выпуска _____	Приблизительная стоимость _____
Другой объект недвижимости			Приблизительная стоимость _____
			Итого _____

4. Ежемесячные расходы

Сумма

Аренда или взнос по ипотеке	_____
Коммунальные услуги	_____
Выплаты за автомобиль	_____
Кредитные карты	_____
Автострахование	_____
Медицинское страхование	_____
Прочие медицинские расходы	_____
Прочие расходы	_____

Есть ли у вас какие-либо другие неоплаченные счета за медицинские услуги? ДА НЕТ
 За какие услуги? _____

Подготовили ли вы план выплат? Каков размер ежемесячных платежей? _____

Для проверки соответствия критериям программы помощи с оплатой медицинских услуг в случае трудного финансового положения (Medical Financial Hardship Assistance):

Доход семьи за 12 (двенадцать) календарных месяцев, предшествующих подаче данного заявления:

Долг за медицинские услуги в Johns Hopkins (не включая сострахивание, доплаты или франшизы), образовавшийся за 12 (двенадцать) календарных месяцев, предшествующих подаче данного заявления:

Дата получения услуги	Сумма задолженности
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Для проверки соответствия критериям предположительной финансовой помощи:

1. Каков возраст пациента? _____
2. Если применимо: беременна ли пациентка? Да или нет
3. Имеются ли у пациента дети младше 21 года, проживающие с ним/ней? Да или нет
4. Является ли пациент незрячим или потенциально нетрудоспособным в течение последних 12 или более месяцев? Да или нет
5. Получает ли пациент в настоящее время льготы в рамках SSI или SSDI? Да или нет
6. Являются ли суммарные средства пациента (и, если тот/та состоит в браке, его супруга(-и)) на всех банковских счетах или денежный эквивалент его активов не превышающими следующие суммы? Да или нет

На всю семью:

Только заявитель: \$2,500.00

Два человека: \$3,000.00

Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$100.00

(Пример: если на семью из четырех человек общая стоимость всех ликвидных активов составляет менее \$3,200.00, необходимо ответить ДА.)

7. Является ли пациент резидентом штата Мэриленд? Да или нет
Если нет, то резидентом какого штата является пациент? _____
8. Является ли пациент бездомным? Да или нет
9. Участвует ли пациент в программе WIC? Да или нет
10. Есть ли в семье дети, участвующие в программе бесплатных или льготных обедов? Да или нет
11. Состоит ли кто-либо из членов семьи в программе поддержки домашних хозяйств с низким доходом? Да или нет
12. Получает ли пациент льготное питание в рамках программы SNAP или талоны на еду? Да или нет
13. Является ли пациент участником Healthy Howard, Chase Brexton? Да или нет
14. Был ли пациент направлен из Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, или Proyecto Salud? Да или нет
15. Получает ли пациент в настоящее время:
помощь с приобретением медикаментов в рамках программы Medical Assistance Да или нет
Pharmacy Помощь в рамках программ QMB/SLMB Да или нет
16. Трудоустроен ли пациент? Да или нет
Если нет, укажите дату, когда пациент стал безработным. _____
Соответствует ли пациент критериям покрытия медицинского страхования COBRA? Да или нет

Все представленные документы становятся неотъемлемой частью настоящего заявления.

Если вы подадите заявление на получение расширенной дополнительной финансовой помощи, JHM может запросить более подробную информацию для принятия дополнительного решения по этому вопросу. Ваша подпись на данной форме означает, что вы гарантируете, что предоставленная информация является достоверной, а также соглашаетесь информировать JHM о любых изменениях в указанных данных в течение десяти дней с даты такого изменения. Вся информация, представленная мной в рамках настоящего заявления, является верной и точной, исходя из имеющихся у меня сведений, данных и убеждений.

Подпись заявителя

Дата

Кем приходится пациенту