

Спасибо за обращение в бухгалтерию University of Utah Health для обсуждения вашего счета и запроса финансовой поддержки.

Пожалуйста, отправьте следующие документы по указанному внизу страницы адресу:

- Заполненное заявление (приложено)
- Письмо, разъясняющее ваше текущее финансовое положение
- Копии банковских выписок за 3 месяца
- Полная копия федеральной декларации подоходного налога, включая W-2, за последний год
- Копии чеков по заработной плате и/или чеков по другим доходам за последние два (2) платежных периода

Вы не обязаны разглашать данные документы. Однако, без данной информации University of Utah Health не сможет определить, имеете ли вы право на помощь, а также не сможет скорректировать ваш счет и предотвратить взыскание средств с вашего счета.

Данные документы должны быть получены в течение 30 дней от даты этого письма. Если документы не будут получены, мы возобновим деятельность по взысканию. Если вы не можете предоставить один или несколько из этих документов, укажите в данном письме причины, препятствующие предоставлению данных документов.

Когда требуемая документация будет отправлена, будет произведена проверка, с целью определить, имеете ли вы право на получение полной или частичной финансовой поддержки. Вы будете уведомлены о результатах проверки в течении 30 дней после получения вашего заявления. Если у вас есть вопросы, свяжитесь с представителем отдела по работе с клиентам по одному из указанных ниже номеров.

С уважением,

Представитель бухгалтерии  
University of Utah Health  
801-587 - 6303 (Звонок внутри штата Юта)  
800-862 - 4937 (Звонок из других штатов)

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

Имя пациента	Дата рождения	Номер счета:

Ответственная сторона _____	Дата рождения _____	Номер социального обеспечения _____
Кем приходится пациенту _____	Домашний телефон _____	Мобильный телефон _____
Наименование работодателя _____		Рабочий телефон _____

Имя супруга _____	Дата рождения супруга _____	Номер социального обеспечения _____
Домашний телефон супруга _____	Мобильный телефон супруга _____	Наименование работодателя супруга _____

### Укажите адреса проживания за последние 12 месяцев:

Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	С (месяц/год)	По (месяц/год)

Супруг живет совместно с ответственным лицом (обведите один вариант)?      Да      Нет

## Размер домохозяйства

Для определения членов домохозяйства мы используем рекомендации, схожие с рекомендациями IRS.

Число проживающих в доме людей	
--------------------------------	--

Обведите Да или Нет

Имя иждивенца	Дата рождения	Кем приходится	Проживает с ответственным лицом дольше полугода	Ответственное лицо предоставляет иждивенцу более половины всей поддержки	Гражданин США, подданный США, проживающий в США, проживающий в Канаде или в Мексике?	Ответственная сторона является единственной, считающей лицо иждивенцем?
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет

## ДОХОД

Вид дохода	Доход ответственного лица	Доход супруга	Требуемая проверка
Работа по найму - сумма с НДС	\$	\$	<input type="checkbox"/> Копия банковской выписки за 3 месяца <input type="checkbox"/> Полная копия федеральной декларации подоходного налога, включая W-2, за последний год <input type="checkbox"/> Копии чеков по заработной плате и/или чеков по другим доходам за последние два (2) платежных периода
Самозанятость - сумма с НДС	\$	\$	<input type="checkbox"/> Копия банковской выписки за 3 месяца <input type="checkbox"/> Полная копия федеральной декларации подоходного налога, включая W-2, за последний год <input type="checkbox"/> Отчет о прибыли и убытках
Пенсионное пособие, IRA, 401К, социальное пособие	\$	\$	<input type="checkbox"/> Предоставлена пенсионная выписка и/или письмо о предоставлении социального пособия
Пособие по безработице, выплаты по утрате трудоспособности	\$	\$	<input type="checkbox"/> Предоставлено письмо о предоставлении пособия по безработице или по утрате трудоспособности <input type="checkbox"/> Банковские выписки за 3 месяца
Детское пособие, алименты	\$	\$	<input type="checkbox"/> Банковские выписки за 3 месяца
Другое (перечислите источники дохода):	\$	\$	<input type="checkbox"/> Предоставлены банковские выписки за 3 месяца с указанием источников дохода

## АКТИВЫ

Тип активов	Финансовые учреждения	Итоговый баланс
Наличные		\$
Сберегательные счета		\$
Чековые счета		\$
Акции и облигации		\$
Другое:		\$

## СПИСОК ВСЕХ НЕПОГАШЕННЫХ ЗАДОЛЖЕННОСТЕЙ ПО МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Номер счета	Наименование поставщика услуг	Начальный баланс	Текущий остаток	Ежемесячные платежи
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

## СПИСОК ВСЕХ ТЕКУЩИХ ЗАДОЛЖЕННОСТЕЙ

Кредитор, тип задолженности (кредитная карта, личные займы)	Ежемесячные платежи	Текущий остаток
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Мы просим всех подающих заявку на финансовую помощь пациентов пробовать изыскивать другие средства финансирования.

Выберите Да или Нет.

Предлагает ли ваш работодатель или работодатель вашего супруга групповое медицинское страхование?

  
  
  
  
  
  
  
  

Да  
Да  
Да  
Да  
Да  
Да  
Да  
Да

  
  
  
  
  
  
  
  

Нет  
Нет  
Нет  
Нет  
Нет  
Нет  
Нет  
Нет

Если Да, то укажите страховую компанию: \_\_\_\_\_  
Если Да, то укажите страховую компанию: \_\_\_\_\_

Есть ли у вас другие виды страховки, такие как Allstate, AFLAC и т.п.?

Есть ли у вас медицинский сберегательный счет/счет гибких расходов?  
Ваш работодатель компенсирует какие-либо медицинские затраты или затраты, не подлежащие налогообложению?

Вам отказали в получении Medicaid?

Вы подавали заявку на государственные программы поддержки  
Вы имеете право на получение COBRA через предыдущего работодателя?

Получаете ли вы помощь от членов семьи или от церкви?

Если Да, то приложите копию отказа в получении Medicaid.  
Примеры: CHIP, PCN, жертвы преступлений и т.п.

\*Если члены семьи или друзья оказывают поддержку, нам необходимо получить от них письмо, в котором разъясняется предоставляемая помощь.

Ниже разъясните ваше текущее финансовое положение. Укажите все, что мы должны знать для понимания ситуации, почему вы не можете оплатить нам задолженность по медицинским услугам. Вы можете прикрепить дополнительный листок в случае нехватки места.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЕЙ

Я заявляю и готов подтвердить под присягой, что информация, содержащаяся в данном бланке верна в меру моей осведомленности. Также, я понимаю, что для проверки может быть запрошен отчет бюро кредитной истории.

---

Подпись (ответственное лицо)

Дата

---

Подпись (супруг)

Дата

## ВСЮ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НАПРАВЛЯЙТЕ:

**University of Utah Health**

**Billing Office**

PO Box 841482

Los Angeles, CA 90084-1482

**Электронная почта:** [billing@healthcare.utah.edu](mailto:billing@healthcare.utah.edu)

**Факс:** 801.213.3385

**Уведомление о конфиденциальности:** University of Utah Health конфиденциально сохранит ваш номер социального обеспечения для использования в установленном порядке: для проверки соответствия документов, идентификации личности, отслеживания вашей медицинской истории, аллергии на лекарства и предшествующего состояния, а также сбора долговых обязательств и предоставления информации плательщикам, таким как ваша страховая компания, Medicaid, Medicare или производственная комиссия. Разглашение вашего номера социального обеспечения добровольно, но необходимо для определения вашего соответствия требованиям получения скидок и продления кредита. Если плательщик использует ваш номер социального обеспечения в качестве идентификатора, отказ в разглашении данного номера может привести к задержке или отказу по оплате покрываемых услуг, и с вас может взиматься плата за данные услуги. Номер социального обеспечения будет использоваться для данных целей с вашего разрешения.

*University of Utah Health действует в соответствии с применимыми федеральными гражданскими правами и не дискриминирует по расе, цвету кожи, национальности, возрасту, ограниченным способностям и полу.*