

Заявка на получение бесплатной медицинской помощи

Информация о пациенте (включая всех членов семьи, претендующих на получение бесплатной помощи)

	□□□	Дата рождения	Номер медицинской карты (если есть)
1			
2			
3			
4			
5			

Контактные лица касательно данной заявки

Имя: _____ Телефонные номера: (1) _____ (2) _____
 Адрес: _____ Город/Страна: _____ Индекс _____
 Кол-во членов семьи: _____ (включая супруга(у) и детей на иждивении)

Финансовая информация

Приложите копию последней Формы 1040 по федеральному подоходному налогу.
 Также приложите 2 последние квитанции о начислении заработной платы, отражающие Ваши брутто-доходы с начала года до настоящего момента. Перечислите все источники ежемесячного дохода вашей семьи.

Ежемесячный доход (в долларах США)

Трудовые доходы:	\$	Пособия по безработице:	\$
Субсидии / Пенсии:	\$	Социальное обеспечение:	\$
Округ / Штат:	\$	Детские пособия:	\$
Другое:	\$		

Медицинская помощь

Оказана: _____ Дата: _____

Округ: _____

Отказано: Да Нет

Комментарии _____

Активы (ваша собственность) (в дол. США)		Пенсионные накопления (в дол. США)	
Текущие счета:	\$	Субсидии / Пенсии:	\$
Сберегательные счета:	\$	Индивидуальный пенсионный счёт:	\$
Медицинский сберегательный счет:	\$	Другое пенсионные инвестиции:	\$
Другое:	\$	Депозитные сертификаты (CD)	\$

Вся указанная выше информация является достоверной и точной. Если какие-либо сведения окажутся ложными или неверными, (Название организации) имеет право отозвать любую помощь, которую я получаю. (Все лица старше 18, подающие заявку, должны поставить свою подпись и дату)

Подпись _____ Дата _____

Подпись _____ Дата _____