

Заявление на получение финансовой помощи (Financial Aid Application)

Чтобы подать заявление на получение финансовой помощи от центра Carol Milgard Breast Center, заполните данное заявление и отправьте его в наш офис вместе с сопроводительными документами.

1. Информация о пациенте (Patient information)

Имя и фамилия пациента (Patient name) _____

Дата рождения (Birthdate) _____

Домашний телефон (Home phone) _____ Мобильный телефон (Cell phone) _____

Адрес (Address) _____

2. Вы получали финансовую помощь от какого-либо учреждения MultiCare или Franciscan Health System? да (yes) нет (no) (owner grant)

Если да, сразу перейдите к шагу 6 и подпишите данное заявление. Вместе с подписанным заявлением предоставьте копию действительного письма с подтверждением безналогового статуса от другой организации вместо заполненного заявления.

3. Супруг (а) или родитель (если заявитель является несовершеннолетним/иждивенцем) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

Имя и фамилия (Name) _____

Домашний телефон (Home phone) _____ Мобильный телефон (Cell phone) _____

Адрес (Address) _____

4. Предоставьте последние квитанции о начислении заработной платы, налоговую форму W2 и другие документы, подтверждающие размер дохода.

Доход (ежемесячно всего) (Income (monthly totals))	Пациент (Patient)	Другие источники дохода в семье (Other family income)
Заработная плата (Wages)		
Индивидуальная трудовая деятельность (Self-employment)		
Социальное обеспечение (Public assistance)		
Пособие по безработице (Unemployment compensation)		
Компенсационные выплаты работникам (Workers' compensation)		
Алименты (Alimony)		
Пособие на ребенка (Child support)		
Пенсия (Pension or retirement)		
Доход в виде процентов (Interest income)		
Доход от сдачи недвижимости в аренду (Rental property income)		
Иные источники дохода (подробно) (Other income (detail))		
Общий доход (Total income)		

Если доход отсутствовал, поясните этот факт подробно (If there was no income, please explain in detail) _____

5. Перечислите всех иждивенцев, проживающих вместе с вами, включая супруга (y) (dependents)

Имя и фамилия (Name)	Кем приходится (Relationship)	Возраст (Age)	Имя и фамилия (Name)	Кем приходится (Relationship)	Возраст (Age)

6. Предоставленная выше информация является верной и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что предоставление ложной или неполной информации может повлечь за собой прекращение или задержку выплаты моих льгот. Также это может привести к переплате по льготам, которую мне необходимо будет возместить и которая может повлечь за собой штрафы. Я разрешаю центру Carol Milgard Breast Center проверять подлинность любой предоставленной выше информации и даю разрешение на разглашение данной информации центру Carol Milgard Breast Center в целях определения наличия права на финансовую помощь. Под страхом наказания за дачу ложных показаний я сообщаю правдивую и полную информацию.

ПОДПИСЬ (ЛИЦО, ПОДАЮЩЕЕ ЗАПРОС) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

ДАТА (DATE)

Данная информация является конфиденциальной. Отправьте по факсу (253) 383-0730 или по почте на адрес: **CMBC Billing Department, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401**. Для получения ответов на вопросы или помощи звоните по телефону (855) 824-2622, доб. 1.