

**Заява на отримання фінансової допомоги**

Виберіть центр, у якому отримуєте послуги (позначте все, що підходить)

Central Vermont Medical Center

Porter Medical Center

University of Vermont (UVM) Medical Center

**Інформація про голову сім'ї та/або фінансового гаранта**

Ім'я і прізвище голови сім'ї	Дата народження	№ соціального страхування	Сімейний стан	Номер телефону
Адреса		Місто	Штат	Поштовий індекс

**Члени сім'ї**

Перерахуйте всіх членів сім'ї, які проживають разом із вами, зокрема вкажіть інформацію про громадянського чоловіка (дружину). Громадянський чоловік (дружина) – це особа, з якою ви прожи ваєте разом і перебуваєте в серйозних і/або близьких стосунках.

Ім'я і прізвище	Дата народження	№ соціального страхування	Ким вам доводиться

**Додаткова інформація**

Чи маєте ви поліс медичного страхування? Якщо так, укажіть наведену нижче інформацію.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Назва страхової компанії:	Ідентифікаційний номер:
Ви подавали заяву на участь у програмі Medicaid у Вермонті або Нью-Йорку?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ви подавали заяву на участь у програмі Health Exchange у Вермонті або Нью-Йорку?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ви живете, працюєте чи ходите до школи у Вермонті?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

**Щомісячні витрати**

Ми використовуємо цю інформацію, щоб краще оцінити ваше фінансове становище

Оренда або іпотека	\$:	Ліки	\$:
Податок на нерухомість	\$:	Медичне страхування	\$:
Комунальні послуги (вод а та/або електроенергія)	\$:	Медичне обслуговування	\$:
Утримання автомобіля	\$:	Страхування (автомобіля та/або нерухомості)	\$:
Догляд за дитиною	\$:	Аліменти та/або виплати на втримання дитини	\$:
Витрати на життя (їжу та /або газ)	\$:	Інше	\$:

Щоб повідомити іншу інформацію про своє поточне фінансове становище (зокрема про проблеми з оплатою рахунків, оренди або харчування), додайте ще одну сторінку.

**Зайнятість**

	Голова сім'ї та/або фінансовий гарант	Офіційний і/або громадянський чоловік (дружина)
Укажіть відомості про свого роботодавця або обведіть один із наведених варіантів: (пенсіонер(-ка)/студент(-ка)/безр обітній(-я))	\$:	\$:

**Щомісячний дохід**

Заробітна плата до відрахування податку	\$:	\$:
Дохід від самостійної підприємницької діяльності	\$:	\$:
Соціальне страхування	\$:	\$:
Пенсія та/або відрахування з пенсійного рахунку	\$:	\$:
Допомога для людей з обмеженими можливостями (не включає допомогу для ветеранів)	\$:	\$:
Допомога по безробіттю	\$:	\$:
Рентний дохід	\$:	\$:
Дохід від дивідендів	\$:	\$:
Інший дохід:	\$:	\$:

Продовження на зворотному боці

**Активи**

**Готівка/заощадження/інвестиції**

	Голова сім'ї та/або фінансовий гарант	Офіційний і/або громадянський чоловік (дружина)
Чеки	\$:	\$:
Заощадження	\$:	\$:
Депозитний сертифікат	\$:	\$:
Акції та/або взаємні фонди	\$:	\$:

Облігації	\$:	\$:
Ануїтети	\$:	\$:
Терміновий рахунок	\$:	\$:
Довірчий рахунок	\$:	\$:
Інше:	\$:	\$:

**Додаткова нерухомість**  
(за винятком первинного житла)

	<b>Цінність</b>	<b>Іпотечний баланс</b>
Заміський і/або літній будинок	\$:	\$:
Земельна ділянка	\$:	\$:
Орендна нерухомість	\$:	\$:

**Необхідна документація**

(використовуватиметься для обробки заяви)

**Необхідні документи про дохід (якщо застосовується)**

- Остання федеральна податкова декларація
- Звіт про прибутки й збитки
- Дві останні квитанції про нарахування заробітної плати
- Довідка про отримання допомоги за системою соціального забезпечення
- Письмове затвердження доходів від роботодавця

**Необхідні документи про активи (якщо застосовується)**

- Виписки з банківського рахунка
- Виписки з інвестиційного рахунка
- Звіти щодо облігацій
- Податкова накладна на вторинну нерухомість
- Декларація про іпотеку на вторинну нерухомість

**Уважно ознайомтеся з наведеною нижче інформацією**

Я прошу партнерів University of Vermont Health Network у штаті Вермонт надати мені фінансову допомогу. Я підтверджую, що вся вказана мною інформація є точною і повною. Я дозволяю University of Vermont Health Network перевіряти інформацію, пов'язану з моїми рахунками, заявою і супровідною документацією, а також обмінюватися нею з афілійованими постачальниками. У разі надання неправильної, неповної або неправдивої інформації мою заяву на отримання фінансової допомоги може бути відхилено. Я погоджуюся повернути всю суму фінансової допомоги в разі, якщо отримаю будь-які виплати на медичні послуги, що покриваються в межах цієї програми. Я дозволяю University of Vermont Health Network зараз і в майбутньому отримувати доступ до матеріалів та звітів бюро кредитної інформації з метою збору даних. Дозвіл надано відповідно до Розділу 9, Ст. 2480e Статутів Вермонту (Vermont (VT) Statutes). Уся вказана мною інформація залишатиметься конфіденційною відповідно до положень Закону "Про звітність і безпеку медичного страхування" (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA).

Підпис голови сім'ї та/або фінансового гаранта

Дата

Коментарі та/або додаткова інформація...

Надішліть заповнену заяву поштою партнеру UVMHN в окрузі, де ви отримуєте послуги з догляду. Обов'язково долучіть усю необхідну документацію.

Central Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
PO Box 547  
Barre, VT 05641

Факс: 802-371-5339

Porter Medical Center  
Patient Financial Services Dept  
115 Porter Drive  
Middlebury, VT 05753

Факс: 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401

Факс: 802-847-7618