



Отправьте подписанное заявление и подтверждающие документы по следующему адресу:

Froedtert Health Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Team
400 Woodland Prime Suite 103
N74 W12501 Leatherwood Ct
Menomonee Falls, WI 53051-4490
Тел: (800) 466-9670
Факс: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Отправьте заявление и необходимые документы в кратчайшие сроки.

Если вы не предоставите заполненное заявление и все подтверждающие документы, ваша заявка может быть отклонена. Присылайте только копии документов, поскольку они будут отсканированы и уничтожены. Не отправляйте оригиналы. Ненужные документы будут уничтожены. Если вы не можете предоставить какой-либо из подтверждающих документов, укажите причину в разделе комментариев.

Для обработки заявления нужно обязательно предоставить следующие подтверждающие документы:

- Если вы получаете пособие по инвалидности по программе социального обеспечения или вам исполнилось 65 лет, укажите сумму траты излишка в долларах и дату получения права на участие в программе T19. Если вам было отказано в участии в программе T19 для лиц с избыточным доходом, предоставьте копию уведомления об отказе.
- Копии ваших последних форм W-2 и декларации о федеральном подоходном налоге, а также Приложение C (Schedule C) налоговых форм, если вы и (или) ваш (-а) супруг (-а) являетесь самозанятыми лицами, и все заполненные дополнительные налоговые формы.
- Подтверждение дохода. Если вы состоите в браке, включите информацию о своем (-ей) супруге, и предоставьте его (ее) текущие квитанции о начислении заработной платы за один месяц.
- Копия недавней полной выписки по каждому банковскому счету, открытому на ваше имя и (или) на имя вашего (-ей) супруга (-и), в том числе по платежным картам с прямым зачислением средств. Сводный отчет не принимается.
- Копия недавней выписки по каждому капиталовложению, сделанному вами и (или) вашим (-ей) супругом (-ой), включая депозитные сертификаты, акции, облигации, аннуитеты и доверительные фонды.
- Если вы и (или) ваш (-а) супруг (-а) являетесь безработными и получаете пособия по безработице, предоставьте подтверждение таких пособий.
- Если вы и (или) ваш (-а) супруг (-а) являетесь безработными и получаете помощь от членов семьи или друзей, будь то денежные средства либо предоставление жилья и питания, заполните прилагаемую форму «Подтверждение дохода» для подтверждения источников покрытия ваших повседневных расходов.
- Если вы и (или) ваш (-а) супруг (-а) получаете компенсационные выплаты работникам, пособия по социальному обеспечению, пособия по инвалидности, пенсионные выплаты, алименты, помощь по содержанию ребенка, государственную помощь или пособия ветеранов, предоставьте подтверждение суммы пособия или банковскую выписку с указанием зачисленной суммы дохода.



Отправьте подписанное заявление и подтверждающие документы по следующему адресу:

Froedtert Health Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Team
400 Woodland Prime Suite 103
N74 W12501 Leatherwood Ct
Menomonee Falls, WI 53051-4490
Тел: (800) 466-9670
Факс: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Информация о пациенте

Имя и фамилия _____
Дата рождения _____
Номер социального обеспечения _____
Номер телефона _____
Адрес _____

Собственная Арендованная

Владеете ли вы иной недвижимостью?

Да Нет

Работодатель _____

Неполная занятость: Полная занятость:

Валовой доход _____ долл. в

час нед. мес. год

(выберите один вариант)

Если не работаете, укажите последнюю дату трудоустройства: _____

Подавали ли вы декларацию о федеральном подоходном налоге в прошлом году?

Да Нет Если да, приложите ее копию.

Если нет, укажите дату подачи последней декларации _____

Семейное положение: Не женат (не замужем) Женат (замужем) Вдовец (вдова)

Юридическое разделение В разводе

Информация о супруге (при наличии)

Имя и фамилия _____
Дата рождения _____
Номер социального обеспечения _____
Номер телефона _____
Адрес _____

Собственная Арендованная

Владеете ли вы иной недвижимостью?

Да Нет

Работодатель _____

Неполная занятость: Полная занятость:

Валовой доход _____ долл. в

час нед. мес. год

(выберите один вариант)

Ниже укажите виды доходов, получаемых вами и вашим (-ей) супругом (-ой).

Пациент

Доход (ежемесячный)

Пособие по социальному обеспечению \$ _____
Пособие ветерана \$ _____
Компенсационные выплаты работникам \$ _____
Пособие по безработице \$ _____
Проценты / дивиденды \$ _____
Алименты / помощь по содержанию ребенка \$ _____
Пенсия \$ _____
Пособие по инвалидности \$ _____
Доход от сдачи в аренду недвижимости \$ _____
Иной доход \$ _____

Супруг (-а) (при наличии)

Доход (ежемесячный)

Пособие по социальному обеспечению \$ _____
Пособие ветерана \$ _____
Компенсационные выплаты работникам \$ _____
Пособие по безработице \$ _____
Проценты / дивиденды \$ _____
Алименты / помощь по содержанию ребенка \$ _____
Пенсия \$ _____
Пособие по инвалидности \$ _____
Доход от сдачи в аренду недвижимости \$ _____
Иной доход \$ _____

Активы

Текущий счет \$ _____
 Сберегательный счет /
 депозитный счет денежного
 рынка \$ _____
 Акции / облигации / аннуитеты /
 доверительные фонды \$ _____
 Депозитные сертификаты \$ _____

Активы

Текущий счет \$ _____
 Сберегательный счет /
 депозитный счет денежного
 рынка \$ _____
 Акции / облигации / аннуитеты /
 доверительные фонды \$ _____
 Депозитные сертификаты \$ _____

Иждивенцы. **Примечание.** Лица старше 18 лет не будут считаться иждивенцами, если они не указаны в качестве таковых в декларациях о подоходном налоге. (Если у вас более 4 иждивенцев, приложите отдельный лист.)

Имя и фамилия**Кем приходится****Дата рождения**

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Информация о несчастном случае (если вы нуждаетесь в медицинских услугах в результате несчастного случая, в который вовлечено третье лицо, предоставьте информацию об этом несчастном случае и страховке):

Комментарии / объяснение обстоятельств:

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является полной и точной. Настоящим я уполномочиваю Froedtert Health и Medical College of Wisconsin раскрывать любую информацию, необходимую для проверки сведений, указанных в этом заявлении. Кроме того, настоящим я разрешаю раскрытие любой информации, которая необходима Froedtert Health и Medical College of Wisconsin для проверки сведений, указанных в этом заявлении. Срок действия настоящего согласия истекает через шесть (6) месяцев после даты подписания настоящего документа. Настоящее согласие предоставляется в соответствии с Разделом 146.81 Свода законодательных актов штата Висконсин.

За подписью _____ Дата _____

*Froedtert Health и Medical College of Wisconsin оставляют за собой право отклонить любое заявление, если будет установлено, что информация в нем является неправдивой или неполной, а также если пациент не подаст заявление на участие в других применимых программах помощи либо не будет соблюдать их требования. В таком случае все суммы, подлежащие оплате, будут взысканы с пациента лично. Если вы получите от третьей стороны платеж, связанный с медицинскими расходами, вы соглашаетесь немедленно уведомить об этом Froedtert Health и Medical College of Wisconsin и покрыть всю задолженность за обслуживание. Все ранее продленные скидки будут отменены. **Ваше право на получение Финансовой помощи от Froedtert Health и Medical College of Wisconsin будет определяться на основе только этого заявления.** Если вы нуждаетесь в содействии или у вас есть вопросы относительно вашего счета, обратитесь в Froedtert Health и Medical College of Wisconsin по номеру (414) 805-5951 или по бесплатному номеру (800) 466-9670.*

Подтверждение дохода

Если вы и (или) ваш (-а) супруг (-а) получаете помощь от членов семьи или друзей, заполните этот раздел заявления для подтверждения источников покрытия ваших повседневных расходов.

Этот раздел должен заполнить либо пациент, подпись которого должна быть нотариально заверена, ЛИБО лицо, предоставляющее пациенту жилье и питание или деньги для оплаты повседневных расходов на проживание.

Подпись пациента _____

Номер социального обеспечения пациента _____

Лицо, предоставляющее помощь

- Если вы заполняете этот раздел потому, что предоставляете помощь пациенту, то заверение этого раздела своей подписью не накладывает на вас юридической ответственности за оплату медицинских счетов этого пациента.
- Необходимо приложить копию действующего удостоверения личности с фотографией лица, предоставляющего пациенту помощь.

Я, _____, подтверждаю, что
(имя и фамилия лица, предоставляющего помощь)

в настоящее время я ежемесячно предоставляю _____ долл. для

покрытия повседневных расходов на проживание следующему лицу:

(имя и фамилия пациента)

Подпись _____
(подпись лица, предоставляющего помощь)

Дата _____

ИЛИ

Пациент

- Подпись пациента **ДОЛЖНА** быть заверена нотариально.
- Необходимо приложить копию действующего удостоверения личности с фотографией.

Я получаю помощь от друзей или членов семьи для покрытия моих повседневных расходов.

Я получаю _____ долл. ежемесячно

Подпись пациента _____

Дата _____

Заверено нотариально _____

Дата _____