

РАЗДЕЛ III – Критерии оценки дохода

При принятии решения о предоставлении финансовой помощи для оплаты больничных счетов под доходом взрослого пациента подразумевается также доход супруга или супруги; доход несовершеннолетнего пациента предполагает доход его или ее родителя / родителей и / или опекуна / опекунов по завещанию, с которым/и проживает ребенок.

К ДАННОМУ ОБРАЩЕНИЮ С ПРОСЬБОЙ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ СЛЕДУЕТ ПРИЛОЖИТЬ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВАШЕ ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Доход определяется из расчета поступлений за последние четыре недели до даты предоставления медицинской услуги.

15. Источники дохода:

- А.** Зарплата / Оклад до вычетов _____
(распечатки зарплаты за последние четыре недели)
- Б.** Государственное денежное пособие _____
- В.** Пособие по социальному обеспечению _____
- Г.** Пособие по безработице _____
- Д.** Пособие ветеранам войны _____
- Е.** Алименты / Пособие на ребёнка _____
- Ж.** Другая денежная помощь _____
- З.** Пенсия _____
- И.** Страховые выплаты или ежегодная рента _____
- К.** Дивиденды / участие в прибылях _____
- Л.** Рентный доход _____
- М.** Чистый доход от собственного бизнеса (работа не по найму /
подтвержденный независимым источником) _____
- Н.** Прочие доходы (пособие профсоюза забастовщикам,
оплата обучения, выплаты семьям военнослужащих,
доходы от недвижимого имущества и доверительных фондов) _____
- О. Итого** _____

РАЗДЕЛ IV – Декларация подателя просьбы

Я понимаю, что представленная мною информация подлежит проверке соответствующим учреждением здравоохранения. Преднамеренное искажение фактов повлечет за собой мою финансовую ответственность за оплату всех больничных счетов.

Если учреждение здравоохранения, рассматривающее мою просьбу, предложит мне обратиться за получением финансовой помощи для оплаты больничных счетов к государственным или частным источникам финансирования медицинских услуг, я последую этой рекомендации.

Я подтверждаю, что информация, представленная мною, о размере семьи, доходе и финансовом положении верна.

Я понимаю, что обязан/а поставить больницу в известность о любых изменениях в моих доходах и финансовом положении.

16. Подпись пациента или его официального представителя _____

17. Дата: ____/____/____
 МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

После подачи просьбы, включая представление всей информации и документации, необходимых для принятия решения, пожалуйста, не оплачивайте никакие больничные счета до тех пор, пока Медицинский комплекс им. Маймонида не примет решение об удовлетворении или отклонении Вашей просьбы.