

ФОРМА ИНФОРМАЦИИ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ / ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Имя, фамилия пациента:

- * Я осведомлен(-а) об ответственности за дачу ложных показаний и гарантирую точность и правдивость предоставленной мной информации.
- * Предоставленная мной информация отражает доходы и расходы СЕМЬИ.
- * Данная информация, а также кредитная история и прочая общедоступная информация может использоваться хирургической больницей Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony для составления графика платежей, и (или) подачи заявления на получение финансовой помощи, и (или) принятия решения о моем праве на различные программы, страховое покрытие или помощь.
- * Я разрешаю хирургической больнице Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony получать информацию из любых источников для проверки сделанных мной заявлений.
- * Если предоставленная информация окажется неполной или недостаточной для принятия решения о вашем праве на финансовую помощь, или если вы не соответствуете требованиям, вы получите от хирургической больницы Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony письменное уведомление. Также вы получите письменное уведомление, если вы имеете право на финансовую помощь.
- * Пациенты, подавшие заявление на получение финансовой помощи, могут иметь право на финансирование со стороны местных и федеральных программ или программ штата. Таким пациентам необходимо подать заявления на участие в таких программах до вынесения решения о праве на финансовую помощь. Хирургическая больница Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony предоставляет помощь при подаче заявлений на участие в таких программах. Если вы не подадите заявление на участие в таких программах, это может негативно повлиять на рассмотрение заявления пациента о получении финансовой помощи.
- * Я подтверждаю тот факт, что мной поданы заявления на все возможные страховые покрытия, в том числе Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance и любые другие местные, федеральные программы обеспечения или программы штата.
- * Я понимаю, что если я не соответствую требованиям для получения финансовой помощи, я лично понесу ответственность за расходы на медицинское обслуживание.

Подпись пациента/поручителя

Дата

Заполнив это заявление, отправьте его и ВСЕ сопроводительные документы по адресу:

**Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

См. на обратной стороне



См. на обратной стороне