



APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

Имя и фамилия пациента _____

Номер счета или медицинской карты пациента _____

Дата рождения _____ Последние 4 цифры SS#: XXX-XX-_____

Телефон, по которому с вами можно связаться в дневное время () _____ - _____

Номер дома, улица _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый код: _____

Имя и фамилия супруги/супруга _____ Последние 4 цифры SS#: XXX-XX-_____

Вы гражданин США? Да Нет

Если нет, у вас есть право на постоянное жительство (resident alien)? Да Нет

Если нет, у вас нет права на постоянное жительство (non-resident alien)? Да Нет

Семейное положение.	Перечислите всех иждивенцев (если больше чем 4, то используйте другой лист)	
Имя и фамилия:	Возраст:	Степень родства:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Место работы и профессия

Работодатель _____ Должность _____

Если работаете на себя, то укажите название бизнеса _____

Адрес работодателя _____

Телефон () _____ - _____ Как давно работаете: _____

Работодатель супруги/супруги _____ Должность _____

Если работает на себя, то укажите название бизнеса _____

Текущий месячный доход	Пациент	Супруг(а)	Итого
Зарплата до вычетов	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от своего бизнеса	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Проценты и дивиденды	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от недвижимости и аренды	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособия Social Security / пенсии	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Алименты на супругу/супруга и детей	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пенсия или пособие по инвалидности	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Общий месячный доход	\$ _____	\$ _____	\$ _____



APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

Расходы первой необходимости (в месяц)	Пациент	Супруг(а)	Итого
Квартплата или ипотека	\$	\$	\$
Налоги на недвижимость	\$	\$	\$
Коммунальные услуги и телефон	\$	\$	\$
Алименты на супругу/супруга и ребенка	\$	\$	\$
Кредит на машину / лизинг	\$	\$	\$
Образование (плата за школу/вуз)	\$	\$	\$
Продукты питания	\$	\$	\$
Страхование (дом/машины)	\$	\$	\$
Детский сад или няня (для иждивенцев)	\$	\$	\$
Другие расходы	\$	\$	\$
Общий месячный расход	\$	\$	\$

Медицинский долг	Пациент	Супруг(а)	Итого
Неуплаченный мед. долг (Сидарс-Синай)	\$	\$	\$
Другие медицинские долги	\$	\$	\$
Всего медицинского долга	\$	\$	\$

Активы(без пенсионных счетов)	\$	\$	\$
Акции и облигации	\$	\$	\$
Счета Money Market/брокерские счета	\$	\$	\$
Депозитные сертификаты	\$	\$	\$
Всего активов	\$	\$	\$

Ставя подпись под заявлением, я соглашаюсь, чтобы "Сидарс-Синай" проверил мое место работы и запросил кредитную историю.

(Подпись пациента)

(Дата)

(Подпись супруга/супруги)

(Дата)