

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

Johns Hopkins Medicine
Заявление на получение финансовой помощи

Обязательные формы:

Заявление на получение финансовой помощи (приложено)

Обязательные документы:

1. Копия документа о получении налогового вычета за прошлый год (если состоите в браке и подаете документы отдельно, предоставьте копии обоих документов о получении налогового вычета).
2. Копии 3 (трех) последних платежных ведомостей, письмо от работодателя или подтверждение статуса занятости.
3. Копия письма о присвоении номера социального страхования в текущем году (если применимо).
4. Копия письма-решения от Отдела медицинской помощи или социального страхования.
5. Подтверждение ежемесячных расходов на проживание, которые указаны в вашем заявлении, а именно копии счетов за телефонную связь, коммунальные услуги, квитанций об оплате аренды или взносов по ипотеке.
6. Копии неоплаченных счетов за медицинские услуги.
7. Копии всех карт медицинского страхования.
8. Подтверждение статуса резидента, а именно удостоверение личности, водительское удостоверение, свидетельство о рождении или подтверждение законного статуса постоянного резидента (гринкард).
9. Если применимо, самозанятые пациенты заполняют форму для получения налогового вычета (включая прибыли или убытки).
10. Если применимо, нотариально заверенное спонсорское письмо в отношении лица с нулевым доходом, написанное лицом, предоставляющим финансовую поддержку.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:

Johns Hopkins Hospital

3910 Keswick Road, Suite S-5100

ATTN: Financial Assistance Liaison (Отдел финансовой помощи)

Baltimore, MD 21211

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ: FinancialAssistance@jhmi.edu

ТЕЛЕФОН: 443-997-3067

ФАКС: 443-769-1250

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Заявление на получение
финансовой помощи**

Информация о Вас

ФИО:

Имя

Среднее имя

Фамилия

Номер социального страхования

-

-

Семейное положение: холост/не замужем

женат/замужем раздельное проживание с гражданином США

ДА

НЕТ

Статус постоянного резидента:

ДА

НЕТ

Домашний адрес:

Телефон:

Город

Штат

Индекс

Страна

Имя работодателя:
работы:

Телефон:

Адрес места

Город

Штат

Индекс

Члены домохозяйства:

Имя

ЗАЯВИТЕЛЬ

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Подавали ли вы заявление на получение помощи в рамках программы Medical Assistance? ДА НЕТ

Если да, то какого числа вы подали заявление?

Если да, то какое решение по своему заявлению вы получили?

Получаете ли вы какую-либо помощь от государства или штата? ДА

НЕТ

Для проверки соответствия критериям предположительной финансовой помощи

1. Каков возраст пациента? _____
2. Если применимо: беременна ли пациентка? Да или нет
3. Имеются ли у пациента дети младше 21 года, проживающие с ним/ней? Да или нет
4. Является ли пациент незрячим или потенциально
нетрудоспособным в течение последних 12 или более месяцев? Да или нет
5. Получает ли пациент в настоящее время льготы в рамках SSI или SSDI? Да или нет
6. Являются ли суммарные средства пациента (и, если тот/та
состоит в браке, его супруга(-и)) на всех банковских счетах
или денежный эквивалент его активов не превышающими
следующие суммы? Да или нет
- На всю семью:**
Только заявитель: \$2,500.00
Два человека: \$3,000.00
Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$100.00
(Пример: если на семью из четырех человек общая стоимость всех ликвидных активов
составляет менее \$3,200.00, необходимо ответить ДА.) Да или нет
7. Является ли пациент резидентом штата Мэриленд?
Если нет, то резидентом какого штата является пациент? _____
8. Является ли пациент бездомным? Да или нет
9. Участвует ли пациент в программе WIC? Да или нет
10. Есть ли в семье дети, участвующие в программе бесплатных или льготных обедов? Да или нет
11. Состоит ли кто-либо из членов семьи в программе поддержки домашних хозяйств с
низким доходом? Да или нет
12. Получает ли пациент льготное питание в рамках программы SNAP или талоны на
еду? Да или нет
13. Является ли пациент участником Healthy Howard, Chase Brexton? Да или нет
14. Был ли пациент направлен в SH из Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer
Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, или Proyecto
Salud? Да или нет
Да или нет
15. Получает ли пациент в настоящее время:
помощь с приобретением медикаментов в
рамках программы Medical Assistance Да или нет
Pharmacy Помощь в рамках программ
QMB/SLMB Да или нет
16. Трудоустроен ли пациент?
Если нет, укажите дату, когда пациент стал безработным.
Соответствует ли пациент критериям покрытия медицинского страхования COBRA?

Все представленные документы становятся неотъемлемой частью настоящего заявления.

Если вы подаете заявление на получение расширенной дополнительной финансовой помощи, JHM может запросить более подробную информацию для принятия дополнительного решения по этому вопросу. Ваша подпись на данной форме означает, что вы гарантируете, что предоставленная информация является достоверной, а также соглашаетесь информировать JHM о любых изменениях в указанных данных в течение десяти дней с даты такого изменения. Вся информация, представленная мной в рамках настоящего заявления, является верной и точной, исходя из имеющихся у меня сведений, данных и убеждений.

Подпись заявителя

Дата

Кем приходится пациенту

