

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Укажите свое полное имя, адрес на момент получения медицинской помощи и другую информацию, приведенную в настоящем разделе.

Учетный номер _____ Дата (даты) оказания услуги _____

Полное имя пациента: _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ

Адрес: _____
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА Город: _____ Округ: _____

Страна пребывания: _____ Почтовый индекс: _____ Дата рождения: ____/____/____

Семейное положение не замужем/холост замужем/женат в разводе

Основной номер телефона: (_____) _____ домашний мобильный рабочий иной: _____

Адрес электронной почты: _____

Медицинская страховка на момент оказания услуги: страховка отсутствует Medicare Medicaid иное _____

РАЗДЕЛ 2. СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД И АКТИВЫ

Укажите свой доход, доход супруга/супруги и всех остальных членов семьи (если применимо).

Источник дохода	Общая сумма за 3 месяца до начала обслуживания	Общая сумма за 12 месяцев до начала обслуживания
Заработная плата/самозанятость	\$ _____	\$ _____
Социальное пособие	\$ _____	\$ _____
Пенсия, дивиденды, проценты, доход от аренды	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице, компенсация работникам	\$ _____	\$ _____
Пособие на ребенка (только если пациент является непосредственным получателем)	\$ _____	\$ _____
Иное	\$ _____	\$ _____

Общая сумма чистых активов (активы/задолженность) на дату подачи заявки: \$ _____

РАЗДЕЛ 3. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И ДОХОД

Перечислите всех членов вашей семьи и укажите даты их рождения.

Просим вас предоставить следующую информацию обо всех членах вашей семьи, которые живут в вашем доме. В контексте программы HCAP (Health Care Assistance Program) в состав семьи входит пациент, супруг (супруга) пациента и все дети пациента до 18 лет (родные или приемные), которые живут в доме пациента. Если пациенту не исполнилось 18 лет, в состав семьи входит пациент, биологический или приемный родитель (биологические или приемные родители) пациента, а также дети родителя (родителей) до 18 лет (биологические или приемные), которые проживают в доме пациента.

ФИО членов семьи, включая пациента _____ Дата рождения _____ Степень родства с пациентом _____

1. Пациент: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что все сведения, которые я указал в настоящей заявке и во всех приложениях к ней, соответствуют действительности.

Подпись ответственного лица: x _____ Дата: _____

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что рассмотрел и одобрил данную заявку.

Подпись главного руководителя клиники: x _____ Дата: _____

Заполненную заявку передайте указанному лицу: **California Rehabilitation Hospital**