Russian

Mount Sinai

ЦЕНТР:

MSBIB ☐	MSBI ☐	MSH NY ☐	MS NYEEI ☐
MSH Qns ☐	MSSL ☐	MSRH ☐	REAP ☐
	HEAL RH ☐	HEAL SL ☐	

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дата запроса: _____ Запрос сделан: _____

Имя пациента: _____
Фамилия Имя Инициал среднего имени

Адрес: _____
Улица Город Штат Почтовый код

Вид предоставленной услуги/услуги, на которую делается запрос: ( ) Стационарная ( ) Амбулаторная ( ) DTC ( ) Амбулаторная хирургия ( ) ED ( ) Услуги специалиста/Амбулаторное направление ( ) Центры RTC/Dubin/MSBIMC Всесторонний онкологический центр Западное отделение MSBIMC Радиационная онкология ( ) Отделение Petrie/PACC/ Roosevelt

Дата(ы) предоставления услуг:

_____

Утверждение заявителя:

Я подтверждаю достоверность приведенной выше информации. Я понимаю, что предоставленная мною информация подлежит проверке и пересмотру (**Системой здравоохранения центра Маунт-Синай** или его уполномоченными представителями). Далее, мною будут предприняты меры, необходимые для подачи заявления на получение любого вида поддержки (Medicaid, Medicare, страховка и т.д.), доступной для оплаты моих больничных расходов. Я выполню все оправданно необходимые действия для получения такой поддержки и предоставлю либо оплачу в адрес больницы полученную сумму для покрытия больничных расходов. Я понимаю, что, в случае доказательства неверности какой-либо предоставленной мною информации, в больнице могут пересмотреть мой финансовый статус и предпринять любые действия, которые считаются целесообразными. Я понимаю, что в процессе рассмотрения моего заявления от меня не требуется осуществление оплаты, и что я могу игнорировать все счета, полученные из больницы.

_____ _____
Подпись Дата Имя печатными буквами

_____
Кем приходитесь пациенту

ELIGIBILITY DETERMINATION (For Office Use Only)

Date Application Received: _____ Patient Number: _____

Family Income:

Current Monthly Income (wkly x 4.333)	Annual Income (based on current x 12)	Family Size

Income Verified: ( ) Yes ( ) No Type of Verification: ( ) Pay Stubs ( ) Other (specify below)

_____

Family Composition Verified: ( ) Yes ( ) No

( ) The applicant is approved for a Financial Assistance discount under level ____ or F/C allocation ____.

( ) OPD/DTC visits approved at Category ( ) of the schedules.

( ) The applicant's request for Financial Assistance has been denied for the following reason(s).

_____

Date of Determination: _____ Initiated By: _____
Print Name and Sign

Authorization period _____ Reviewed/Approved By: _____
Print Name and Sign

Exception to policy reason _____ Approved by _____

Applications must be filed within 240 days from the point of service. Applications must be completed within 30 days from the point of application. If this application is denied, please follow the appeal instructions attached hereto. Denials MUST be appealed with in 30 days of the adverse decision in accordance with Part 10 of the policy.

IF YOUR APPEAL IS UNSUCCESSFUL OR, IF YOU DO NOT AGREE WITH THE DECISION; YOU MAY CONTACT THE NYS DEPARTMENT OF HEALTH AT 1-800-804-5447