

Заявка на отримання фінансової допомоги

Оберіть місце надання послуг (оберіть усі відповідні варіанти)

 Central Vermont Medical Center

 Porter Medical Center

 UVM Medical Center

Інформація про голову домогосподарства / фінансового поручителя

Голова домогосподарства

Дата народження	Номер соціального страхування	Сімейний стан	Номер телефону
Адреса		Місто	Штат Поштовий індекс

Члени домогосподарства

Перелічіть усіх членів сім'ї, які проживають у вашому домогосподарстві, включно зі цивільним партнером. Цивільний партнер – це особа, яка проживає з вами в постійних стосунках. Сусід по кімнаті не вважається партнером.

Ім'я	Дата народження	Номер соціального страхування	Відносини

Додаткова інформація

Чи маєте ви поліс медичного страхування? Якщо так, надайте інформацію нижче:	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Назва страхової компанії:	ID №:
Чи подавали ви заявку на участь у програмі Medicaid штату Вермонт або Нью-Йорк?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи подавали ви заявку на страхування до Health Exchange штату Вермонт або Нью-Йорк?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ви живете, працюєте або ходите до школи у штаті Вермонт?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Щомісячні витрати

Ми використовуємо цю інформацію, щоб краще зрозуміти ваш фінансовий стан

Оренда або іпотека	\$:	Медикаменти	\$:
Податок на нерухомість	\$:	Медичне страхування	\$:
Комунальні послуги (водопостачання / електропостачання)	\$:	Витрати на медичне обслуговування	\$:
Авто (оплата авто)	\$:	Страхування (авто / майно)	\$:
Догляд за дитиною	\$:	Аліменти / допомога на дитину	\$:
Проживання (їжа / газопостачання)	\$:	Інше	\$:

Продовжіть заповнення заявки на зворотному боці

Працевлаштування		
	Голова домогосподарства / фінансовий поручитель	Супруг / Цивільний партнер
Роботодавець або позначте, якщо: (пенсіонер / студент / безробітний)		
Місячний дохід		
Заробітна плата до оподаткування	\$:	\$:
Дохід від індивідуальної трудової діяльності	\$:	\$:
Соціальне забезпечення	\$:	\$:
Пенсія / пенсійні виплати	\$:	\$:
Інвалідність (за винятком VA)	\$:	\$:
Виплати з безробіття	\$:	\$:
Дохід від здачі в оренду	\$:	\$:
Дохід від дивідендів	\$:	\$:
Інші доходи:	\$:	\$:
Ліквідні активи Готівка / Заощадження / Інвестиції		
	Голова домогосподарства / фінансовий поручитель	Супруг / Цивільний партнер
Чеки	\$:	\$:
Заощадження	\$:	\$:
CD	\$:	\$:
Акції / Пайові інвестиційні фонди	\$:	\$:
Облігації	\$:	\$:
Ануїтети (якщо ліквідні)	\$:	\$:
Короткострокові боргові цінні папери	\$:	\$:
Трастовий рахунок (якщо ліквідний)	\$:	\$:
Інше:	\$:	\$:
Додаткове майно (Не включає ваше основне місце проживання)		
	Вартість	Залишок по іпотеці
Дача / Другий будинок	\$:	\$:
Земля	\$:	\$:
Об'єкт нерухомості, що здається в оренду	\$:	\$:
Будь ласка, додайте будь-яку іншу інформацію про ваш поточний фінансовий стан, яку ви хотіли б нам повідомити. Наприклад, труднощі з оплатою рахунків, орендною платою або оплатою за продукти харчування.		

Завершіть заповнення та підпишіть заявку на наступній сторінці

Перелік документів

Надішліть заповнену заявку разом із підтверджувальними документами до нашого відділу фінансової допомоги в лікарні, де ви отримуєте медичне обслуговування. Визначення права на отримання допомоги ґрунтується на низці критеріїв, включаючи перевірку доходу та майна. Для обробки вашої заявки, будь ласка, надайте відповідні документи, перелічені нижче, щоб підтвердити ваші фінансові потреби.

Дохід:

- остання федеральна податкова декларація про доходи
- замість федеральної податкової декларації про доходи ви можете подати інші документи, перелічені нижче:
 - Працюю за наймом/самозайнятий:
 - Дві останні послідовні довідки про доходи (квитанція про нарахування заробітної плати)
 - Письмове підтвердження доходу від роботодавця (якщо ви отримуєте оплату готівкою)
 - Письмове підтвердження контракту на працевлаштування трудового мігранта
 - Письмове підтвердження від безкоштовної клініки (Open-Door Clinic)
 - Соціальне забезпечення: Лист з підтвердженням виплат за поточний рік або остання заява за формою 1099-SSA
 - Пенсія / пенсійні виплати: Лист з підтвердженням виплат за поточний рік або остання заява за формою 1099-R
 - Виплати з безробіття: Лист з підтвердженням виплат за поточний рік
 - Дохід від здачі в оренду: Лист про прибутки та збитки за поточний рік, якщо майно не включено до активів
 - Документація про державну допомогу (наприклад, Medicaid, талони на харчування тощо)

Ліквідні активи:

- Лист за поточний рік з вашої фінансової установи щодо:
 - Чекових та ощадних рахунків
 - Депозитних сертифікатів (CD)
 - Акцій / Пайових інвестиційних фондів / Облігацій / Короткострокових боргових цінних паперів
 - Ануїтетів, якщо вони ліквідні
 - Об'єкт нерухомості, що здається в оренду (якщо дохід від оренди не включений у вашу федеральну податкову декларацію про доходи)

Будь ласка, прочитайте уважно

Я запитую фінансову допомогу від University of Vermont Health Network. Я підтверджую, що вся надана мною інформація є точною і повною. University of Vermont Health Network має мій дозвіл на перевірку відповідної інформації та обмін інформацією щодо моїх рахунків, заяви та підтверджувальних документів зі своїми афілійованими постачальниками послуг. Будь-яка неправильна, неповна або неправдива інформація, надана мною, може призвести до скасування моєї заявки на отримання фінансової допомоги. Я погоджуюся повернути повну суму фінансової допомоги, якщо я отримаю будь-яку оплату за медичні послуги, що покриваються цією заявкою на отримання фінансової допомоги. Вся надана інформація залишатиметься конфіденційною відповідно до положень федеральних правил HIPAA.

Підпис голови домогосподарства / фінансового поручителя

Дата

Будь ласка, надішліть заповнену заявку на вказану нижче адресу. Переконайтеся, що ви додали до заявки необхідні документи.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401