

For Internal Business Purposes Only

Application given to patient by: Name _____ Site/Location _____ Department _____

Financial Assistance Application

Mental Health Emergency Center-Financial Assistance Program

P.O. Box 3039

Oak Brook, IL 60522-9908

Отправьте заполненное заявление по указанному выше адресу, приложив к нему всю необходимую документацию. **Указывайте информацию четко и разборчиво.**

ЧАСТЬ 1 – Общая информация

Ваше имя _____

Фамилия _____	Имя _____	Отчество _____	Электронная почта _____
---------------	-----------	----------------	-------------------------

Имя супруга(-и) _____

Имя _____	Фамилия _____	Отчество _____	Электронная почта _____
-----------	---------------	----------------	-------------------------

Адрес _____

Улица и номер дома _____	Город _____	Штат/област _____	Почтовый индекс _____	Номер телефона _____
--------------------------	-------------	-------------------	-----------------------	----------------------

Ваш номер социального страхования # _____ Ваша дата рождения _____

Номер социального страхования супруга(-и) # _____ Дата рождения супруга(-и) _____

ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ В ПОДПУНКТАХ 1–5 НИЖЕ

1. ☐ ВАШЕ ТЕКУЩЕЕ МЕСТО РАБОТЫ _____ Ставка/час, долл. США _____

Профессия/должность _____ Период работы с (дата) _____ по _____

☐ МЕСТО РАБОТЫ СУПРУГА(-И) _____ Ставка/час, долл. США _____

Профессия/должность _____ Период работы с (дата) _____ по _____

2. СТРАХОВАНИЕ (отметьте все применимые варианты):

☐ Я ☐ Супруг(-а)

_____ Работодатель предлагает план медицинского страхования, и я застрахован(а) в рамках этого плана
(Приложите копию страховой карты с обеих сторон)

_____ Работодатель предлагает план медицинского страхования, но я не застрахован(а) в рамках этого
плана Причина _____

(Приложите письмо от работодателя(-ей) с указанием общей страховой суммы и размера/процента страховых взносов, которые вносятся в рамках страхования сотрудников).

_____ Работодатель не предлагает медицинское страхование *(приложите письмо от работодателя, подтверждающее это)*

3. ☐ ПЕРЕЧЕНЬ МОИХ ПРЕДЫДУЩИХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ (ПРИ НАЛИЧИИ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА ДО МОЕГО ТРУДОУСТРОЙСТВА У ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ

Предыдущий работодатель _____ Период работы с (дата) _____ по _____

(На обороте можно указать дополнительные сведения о работодателях)

4. ☐ Я НЕ РАБОТАЮ ☐ МОЙ (МОЯ) СУПРУГ(А) НЕ РАБОТАЕТ

(Укажите причины, по которым вы не работаете, указав соответствующие даты, причины, последняя дата работы и др.)

5. ☐ Я ПОЛУЧАЮ ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ С _____ (ДАТА) _____ долл. США _____ Сумма с начала года по текущую дату

☐ МОЙ (МОЯ) СУПРУГ(А) ПОЛУЧАЕТ ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ С _____ долл. США _____ Сумма с начала года по текущую дату

Часть 1-А Мои иждивенцы

ФИО

Возраст

ФИО

Возраст

Иждивенцы (укажите имя и возраст
каждого из них)

Сведения о дополнительных
иждивенцах можно указать на обороте

ЧАСТЬ 2 - Доход вашей семьи

Требуется документальное подтверждение всех доходов

Определение: доход включает все денежные средства, полученные из любых источников.

Определение: источник дохода — место, откуда вам поступают денежные средства, или лицо, выплачивающее вам денежные средства

Примеры: фонды социального страхования, заработная плата, выплачиваемая вашим работодателем или работодателем вашего супруга(-и), пенсионный фонд, алименты, пенсионные выплаты из инвестиционного фонда, пособие по инвалидности, пособие по безработице и т. д.

Вопрос: Что делать, если мой доход за год был нулевым?

Ответ: Укажите "0" в сумме вашего дохода ниже.

Если кто-то предоставляет вам финансовую поддержку, заполните часть 3 и подпишите ее.

ОБЩИЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ГОД: долл. США _____

(Приложите копию декларации об уплате федеральных налогов, все страницы)

Для получения копий налоговых документов: обратитесь в Налоговое управление США по номеру 1-800-908-9946. Для получения выписки онлайн перейдите на веб-сайт www.irs.gov и введите «Заказать выписку» в строке поиска.

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА ЗА ТЕКУЩИЙ ГОД

(если вы состоите в браке, указать для обоих супругов)

ВАЛОВАЯ СУММА С НАЧАЛА ГОДА ПО ТЕКУЩУЮ ДАТУ

долл. США _____ (Вы должны **приложить** документ, подтверждающий получение дохода из каждого источника с начала года по текущую дату)

долл. США _____ (Вы должны **приложить** документ, подтверждающий получение дохода из каждого источника с начала года по текущую дату)

долл. США _____ (Вы должны **приложить** документ, подтверждающий получение дохода из каждого источника с начала года по текущую дату)

долл. США _____ (Вы должны **приложить** документ, подтверждающий получение дохода из каждого источника с начала года по текущую дату)

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы являетесь самозанятым лицом, предоставьте информацию о своих доходах, полученных от самозанятости, за квартал.

Контрольный список и заверение

Отметьте все применимые пункты и поставьте свою подпись ниже:

- ☐ Я являюсь постоянным жителем штата WI (требуется подтверждение места жительства, если данные, указанные в заявлении, не могут быть подтверждены).
- ☐ Все страницы моей декларации об уплате федеральных налогов прилагаются (**ОБЯЗАТЕЛЬНО**).
Если нет, укажите причину? _____
- ☐ Мои/наши последние платежные квитанции прилагаются. Если нет, укажите причину? _____
- ☐ Я прилагаю письма от моего работодателя или работодателя моего(-ей) супруга(-и), в которых указано, предлагает ли работодатель страхование, и если да, то какова общая страховая сумма и размер страхового взноса работодателя.
- ☐ Я прилагаю свои документы, подтверждающие мой статус безработного, выписку с индивидуального пенсионного счета, IRA, заявление о социальном обеспечении, форму 401K, пенсионные документы или иные документы, подтверждающие получение доходов. Если нет, укажите причину?

- ☐ Я получил(а) нулевой доход за год, и прилагаю подписанное Письмо о финансовой поддержке (часть 3).

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, указанная выше информация является достоверной и точной. Я разрешаю Mental Health Emergency Center проверять любую информацию, указанную в этом заявлении.

Имя печатными буквами и подпись пациента или ответственного лица _____

Дата _____

ЧАСТЬ 3 - Письмо о финансовой поддержке

Эта часть заполняется, если вы получаете от кого-либо финансовую поддержку. Эта часть заполняется лицом, предоставляющим поддержку.

Я, _____ подтверждаю, что я ежемесячно предоставляю (имя пациента) _____

следующую поддержку: (перечислить конкретные формы поддержки, питание, отопление, услуги телефонной связи, жилье и т. д.)

Общая ежемесячная сумма поддержки, предоставляемой этому лицу, составляет (долл. США) _____.

Я не требую и не ожидаю возмещения суммы поддержки, ежемесячно предоставляемой указанному здесь лицу.

Я предоставляю поддержку этому лицу по следующей причине: (укажите причину, по которой вы готовы предоставлять финансовую поддержку этому лицу, не ожидая возмещения. Примеры: краткосрочная медицинская ситуация, длительная нетрудоспособность, безработица, переезд и т. д.)

Как долго вы оказываете этому лицу указанную поддержку? _____ (в месяцах)

Это лицо не имеет никаких источников финансовых средств, кроме указанной здесь поддержки, которую я предоставляю. Я подтверждаю, что вся указанная мной информация является достоверной. Поэтому я разрешаю Mental Health Emergency Center проверять любую указанную мной информацию.

Имя лица, предоставляющего поддержку _____
Имя Фамилия Отчество Степень родства с заявителем

Адрес _____ (_____) _____
Улица и номер дома Город Штат/область Почтовый индекс Номер телефона

Подпись лица, предоставляющего поддержку: _____ Дата: _____

Я понимаю, что моя подпись не возлагает на меня ответственность за долги лица, которому я предоставляю поддержку, описанную в этом письме.