

**NEW YORK COMMUNITY HOSPITAL**  
**БОЛЬНИЦА NEW YORK COMMUNITY**  
Отдел финансовых услуг для пациентов (Patient Financial Services)  
265 Post Avenue Ste 200  
Westbury, NY 11590

Уважаемый пациент!

В приложении к письму находится заявка на получение благотворительных медицинских услуг. Вы можете подать заявку на получение благотворительных медицинских услуг в любой момент в период выставления счетов и сбора платежей. Заполните заявку, приложите все подтверждающие документы и направьте их по адресу, указанному выше.

Мы сможем обработать заявку только при условии заполнения всех полей.

Если вам необходима помощь или у вас есть вопросы о пакете документов, звоните в наш отдел благотворительных услуг (Charity Care Unit) по номеру **(516) 745-0161**.

Чтобы ускорить обработку вашей заявки на получение благотворительных медицинских услуг, ознакомьтесь со следующими примерами документов, которые вы можете приложить к заявке:

- квитанция о начислении заработной платы;
- письмо от работодателя (если применимо);
- форма 1040;
- другая информация для подтверждения вашего дохода.

Если вам меньше 21 года И (ИЛИ) вы находитесь на содержании родителей/опекунов, ваш родитель или опекун должен заполнить форму, подтверждающую соответствие критериям для подачи **ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**, и предоставить все необходимые подтверждающие документы.

В заявке **ДОЛЖЕН БЫТЬ УКАЗАН** телефонный номер, по которому с вами можно связаться, а также адрес, включая номер (и литеру) квартиры.

Краткое описание вашей ситуации, а также копии вышеуказанных или любых других применимых подтверждающих документов по вашему выбору помогут нам установить ваше соответствие или соответствие вашего ребенка критериям для получения услуг.

Если вы являетесь учащимся образовательного учреждения, представьте соответствующие подтверждающие документы.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**  
**ЕСЛИ ВЫ ПОДАЛИ ЗАЯВКУ, ВКЛЮЧАЯ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ДОКУМЕНТЫ,**  
**НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ВАШЕГО СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ**  
**СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ПОЛУЧЕНИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ,**  
**ДЕЙСТВУЮЩИМ В БОЛЬНИЦЕ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПЛАЧИВАТЬ СЧЕТА ЗА**  
**МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДО ПРИНЯТИЯ НАМИ РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕЙ ЗАЯВКЕ.**

Заявки вместе с подтверждающими документами необходимо направлять по факсу на номер (516) 801-8504

ИЛИ ПОЧТОЙ ПО АДРЕСУ:

New York Community Hospital Patient Financial Services  
265 Post Avenue, Suite 200  
Westbury, NY 11590  
Att.: Jordan Salmeron

**БОЛЬНИЦА NEW YORK COMMUNITY  
ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Фамилия                      Имя                      Инициал

Адрес \_\_\_\_\_  
 Номер дома, улица и квартира                      Город                      Штат                      Индекс

Телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Род занятий \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_

Рабочий адрес \_\_\_\_\_ Рабочий телефон \_\_\_\_\_

**Доход:** укажите ваш доход, доход вашего (-ей) супруга (-и) и других членов семьи по следующим статьям.

Тип дохода	Общий доход за последние 3 месяца	Общий доход за последние 12 месяцев
Зарботная плата		
Доход от предпринимательской деятельности		
Государственные пособия		
Пособия по программам социального обеспечения		
Пособия по безработице / компенсация в связи с травмой на рабочем месте		
Алименты		
Пособие на содержание ребенка		
Пенсия		
Доход от дивидендов		
Ресурсы (банковские счета, инвестиции, займы и т. д.)		
Всего		

Согласно правилам больницы вы должны подать документы, подтверждающие указанный вами доход. Такими документами могут быть квитанции о начислении заработной платы, письмо от работодателя (если применимо), форма 1040 и т. д.

**Размер семьи:** лица, проживающие в вашей семье

Имя и фамилия	Возраст	Степень родства

*Примечание: при необходимости используйте дополнительную страницу.*

ДАННАЯ ЗАЯВКА МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАНА В БОЛЬНИЦУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ В ПЕРИОД ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И СБОРА ПЛАТЕЖЕЙ.

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПОДАЛИ ЗАПОЛНЕННУЮ ЗАЯВКУ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НИЖЕ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПЛАЧИВАТЬ СЧЕТА ДО ПОЛУЧЕНИЯ ОТ БОЛЬНИЦЫ ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕЙ ЗАЯВКЕ.

ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРОЧТИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ НИЖЕ.

-----  
 - НАСТОЯЩИМ Я ПОДАЮ ЗАПРОС НА ПРИНЯТИЕ БОЛЬНИЦЕЙ NEW YORK COMMUNITY ПИСЬМЕННОГО РЕШЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МОЕГО ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ О МОЕМ ЕЖЕГОДНОМ ДОХОДЕ И РАЗМЕРЕ СЕМЬИ, КОТОРУЮ Я УКАЗЫВАЮ В ЗАЯВКЕ, БУДЕТ ПРОВЕРЕНА БОЛЬНИЦЕЙ. Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, ЧТО, ЕСЛИ УКАЗАННАЯ МНОЙ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРИЗНАНА НЕДОСТОВЕРНОЙ, МНЕ БУДЕТ ОТКАЗАНО В ПОЛУЧЕНИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И С МЕНЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЗЫСКАНА ПЛАТА ЗА ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО, СОГЛАСНО ИМЕЮЩИМСЯ У МЕНЯ СВЕДЕНИЯМ, ВЫШЕУКАЗАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И КОРРЕКТНОЙ. КРОМЕ ТОГО, НАСТОЯЩИМ Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ БОЛЬНИЦЕ NEW YORK COMMUNITY РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С НАСТОЯЩЕЙ ЗАЯВКОЙ.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Номер счета \_\_\_\_\_

Заполненную заявку необходимо направить по адресу:                      New York Community Hospital Patient Financial Services  
 265 Post Avenue Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11590  
 Att.: Jordan Salmeron  
 ИЛИ ПО ФАКСУ НА НОМЕР (516) 390-0171