

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**\_\_\_\_\_  
ФИО Заявителя НСС Дата рождения\_\_\_\_\_  
ФИО Пациента НСС Дата рожденияАдрес \_\_\_\_\_  
Ул. № кв. Город Штат/Страна Почт. индекс

Дом. тел. \_\_\_\_\_ Моб. тел. \_\_\_\_\_ Раб. тел. \_\_\_\_\_

**Укажите всех зарегистрированных членов семьи**

ФИО	Родственный статус	Дата рождения	Номер социальной страховки

Место работы Заявителя/Ответственных сторон \_\_\_\_\_

Место работы Супруга/Супруги/Партнеров \_\_\_\_\_

**Сумма дохода Заявителя за последние 2  
месяца (Брутто)****Сумма дохода Супруга/Супруги/Партнеров за  
последние 2 месяца (Брутто)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Общая сумма дохода (брутто) \_\_\_\_\_

*Источники дохода: Зарплата, получаемая по месту работы, доход от предпринимательской деятельности, выплата пособия по безработице, при производственной травме, при кратковременной или длительной нетрудоспособности, суммы, полученные в подарок, суммы выплат по социальной страховке, по достижении пенсионного возраста, суммы, получаемые по программе пенсионного обеспечения, комиссионные, чаевые, суммы, имеющиеся на счетах фонда социального страхования, депозитных счетах, доход от сдачи имущества в аренду, доход по процентам, а также любые другие виды Дохода/Инвестиции.*

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ**

Копии всех нижеперечисленных документов предоставляет как Заявитель, так и его Супруг/Супруга/Партнер

- Справка о начислении заработной платы за последние 2 месяца всех зарегистрированных лиц, достигших 18-летнего возраста.
- Налоговая декларация за последний (-ие) год(-ы).
- Уведомление о начислении пособия по безработице.
- Уведомление(-я) о назначении выплат по социальной страховке.
- Данные из книги учета предпринимателя за последние 2 месяца, а также детальные выписки по банковским счетам.

*Центр NJH оставляет за собой право пересматривать суммы ежемесячных расходов на жизнь при расчете дохода, полученного от предпринимательской деятельности.*

- Детальные банковские выписки по расчетным и сберегательным счетам.
- Свидетельство о рождении всех членов семьи, включая доказательства легального проживания/гражданской принадлежности всех лиц, не имеющих свидетельства о рождении образца США.
- Свидетельство о браке/разводе.
- Копии оплаченных счетов за предоставленные медицинские/стоматологические услуги за последние 12 месяцев до даты подачи заявки.
- План(-ы) – договора/выписки по медицинским расходам.
- При необходимости, а также, если применимо – отказ от предоставления медицинских услуг.
- Документация по любой другой имеющейся собственности.
- Данные об активах/ликвидных средствах (Счета по вкладу по ставке межбанковского рынка, депозитным вкладам, личному счету пенсионных отчислений, инвестиционным счетам и т.д.).

- Подача данной заявки не гарантирует предоставление запрашиваемой финансовой помощи.
- После подачи заявки мы детально изучаем всю предоставленную вами информацию и оставляем за собой право требовать от вас предоставления любых других дополнительных данных.
- О результатах рассмотрения вашей заявки мы сообщим по истечении 15-20 календарных дней после получения заполненной вами заявки и всей требуемой документации.
- Если в течение 30 дней после подачи заявки мы не получим всей необходимой документации, то вам будет автоматически отказано во включении заявителя в Программу оказания финансовой помощи, о чем будет отправлено соответствующее уведомление на адрес электронной почты ответственного лица.
- В течение 240 дней после получения первого платежного требования, заявители имеют право подать прошение на повторное рассмотрение неполной заявки. В таком случае, вся необходимая документация с указанием самых последних данных подается повторно.
- Требуется, чтобы все заявители подавали заявки на все возможные формы государственной, федеральной или местной помощи, на которую они имеют законное право, чтобы иметь возможность оплатить любые медицинские услуги.

**Соглашение Заявителя:** Настоящим я подтверждаю, что информация, указанная в данной заявке верна и правильна в той мере, в которой она мне известна. Я понимаю, что в целях обработки данной заявки, Медицинский исследовательский центр National Jewish Health имеет право провести проверку предоставленных в ней данных, исходя из чего, я даю свое согласие на любые контакты данной организации с третьими лицами в целях проверки достоверности информации, включая изучение кредитной истории заявителя. Я понимаю, что в случае сознательного предоставления недостоверной информации, я не буду иметь права на какую-либо Финансовую Помощь, любая ранее полученная Финансовая Помощь может быть отменена, и я буду нести ответственность за полную оплату всех счетов. Также, я понимаю, что Медицинский исследовательский центр National Jewish Health имеет право предъявлять иск о возмещении убытков, причинённых допущенными мною нарушениями. Это означает, что, если против меня будет подан иск о возмещении каких-либо льгот, полученных для какого-либо вида лечения, которое предоставляется в рамках оказываемой данным центром Финансовой Помощи, последний имеет право быть включенным в рассмотрение данного иска.

---

Подпись Заявителя

---

Дата

**ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ  
МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА  
NATIONAL JEWISH HEALTH**

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

*Для служебного пользования:*

<b>Общие ресурсы</b>	<b>\$</b>
<b>Сумма удержания на семью (\$2500,00/принятого в программу члена семьи)</b>	<b>\$</b>
<b>Доля имущества в ресурсах</b>	<b>\$</b>
<b>Общая сумма финансового состояния семьи</b>	<b>\$</b>
<b>Законные льготы</b>	<b>\$</b>
<b>Сумма финансового состояния семьи за вычетом всех налогов</b>	<b>\$</b>
<b>Итого</b>	<b>\$</b>

Платежеспособность \_\_\_\_\_

Сумма фиксированного максимума при совместной оплате \_\_\_\_\_

Срок действия с: \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что на мне лежит ответственность вовремя уведомлять Медицинский исследовательский центр National Jewish Health о любых изменениях в доходе или состоянии домохозяйства, которые могут повлиять на решение, принятое по данной заявке, и в случае нарушения данного обязательства, поданная заявка может быть аннулирована.

Я понимаю, что у меня есть 15 дней для подачи вышеуказанных данных.

\_\_\_\_\_  
ФИО Заявителя

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
ФИО сотрудника, принявшего заявку

\_\_\_\_\_  
Подпись сотрудника, принявшего заявку/Дата принятия заявки

**ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ  
МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА  
NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Лист регистрации 1: Доход от трудовой и нетрудовой деятельности  
(Для служебного пользования)**

ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА
Доход от трудовой деятельности	\$
Выплаты по достижении пенсионного возраста (OAP)/Выплаты нуждающемуся в случае нетрудоспособности (AND)	\$
SSI (Дополнительный доход по социальному обеспечению)	\$
Инвестиционные выплаты и Выплаты по пенсионной программе Источник: _____ Источник: _____ Источник: _____ Источник: _____	\$
Комиссионные, бонусы, дарения и чаевые	\$
Алименты	\$
Чистый доход от сдачи имущества в аренду	\$
Прибыль по денежной позиции	\$
Средства на счетах фонда социального страхования	\$
Другие выплаты	\$
Другой доход: (выплата пособия по безработице, при производственной травме, при кратковременной или длительной нетрудоспособности и т.д.)  Источник: _____ Источник: _____ Источник: _____ Источник: _____	\$
<b>Общая сумма</b>	\$
<b>Общая сумма (ежемесячная) \$ _____ x 12 = Сумма годового дохода</b>	\$

ЛИКВИДНЫЕ СРЕДСТВА/АКТИВЫ	СУММА
Инвестиционные счета: Суммарное значение (Депозитные счета, Инвестиции, Краткосрочные инструменты, Планы пожизненного страхования, Индивидуальный пенсионный счет и т.д.)	\$
Сберегательные/Текущие Счета	\$
Стоимость недвижимости/Собственного капитала	\$
Другое:	\$
<b>Общая сумма</b>	\$
<b>Общая сумма (ежемесячная) \$ _____ x 12 = Сумма годового дохода</b>	\$

\_\_\_\_\_  
ФИО Консультанта по финансовым вопросам      Подпись Консультанта по финансовым вопросам      Дата

**ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ  
МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА  
NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Лист регистрации 2: Чистый доход от предпринимательской деятельности**  
(Для служебного пользования)

**РОД ЗАНЯТИЙ/ТИП БИЗНЕСА:** \_\_\_\_\_

<b>ОБЗОР</b>	<b>ГОДОВОЙ ДОХОД</b>
Сумма корпоративных депозитов (брутто)	\$

<b>РАСХОДЫ</b>	<b>ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ</b>
Корпоративная страховка	\$
Заработная плата	\$
Предметы потребления/Оптовая стоимость товарных запасов	\$
Аренда помещений	\$
Проценты по ипотечному кредиту	\$
Корпоративный налог и налог на прибыль	\$
Стоимость содержания и технического обслуживания оборудования	\$
Коммунальные расходы Электричество \$ _____ Тел./Системы передачи данных \$ _____ Отопление \$ _____	\$
Оборудование	\$
Материальные запасы	\$
Оплата профессиональных услуг	\$
Оплата обучения, лицензий и сертификатов	\$
Командировочные расходы	\$
Другое:	
<b>Общая сумма расходов:</b>	<b>\$</b>
<b>СУММАРНАЯ ЧИСТАЯ ПРИБЫЛЬ (\$ _____ x 12 = Суммарно за год)</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
ФИО Консультанта по финансовым вопросам    Подпись Консультанта по финансовым вопросам    Дата

**ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ  
МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА  
NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Лист регистрации 3: Законные льготы**  
(Для служебного пользования)

<b>ЛЬГОТЫ</b>	<b>ЕЖЕМЕСЯЧНО</b>
Пособие по уходу за ребенком	\$
Сумма алиментов/пенсионных выплат, назначенная по решению суда	\$
Сумма выплат пособия на ребенка, назначенная судом	\$
Медицинская страховка	\$
Сумма пособия на содержание лиц, пожилого возраста	\$
Оплаченные расходы на лечение	
Плательщик: _____ Дата оплаты: _____ Сумма: \$ _____	
Плательщик: _____ Дата оплаты: _____ Сумма: \$ _____	
Плательщик: _____ Дата оплаты: _____ Сумма: \$ _____	
Плательщик: _____ Дата оплаты: _____ Сумма: \$ _____	
Плательщик: _____ Дата оплаты: _____ Сумма: \$ _____	\$
Документированный план ежемесячных платежей: (общая сумма причитающегося остатка)	\$
Сумма ежемесячных предписаний	\$
<b>ИТОГО</b>	\$

\_\_\_\_\_  
ФИО Консультанта по финансовым вопросам    \_\_\_\_\_  
Подпись Консультанта по финансовым вопросам    \_\_\_\_\_  
Дата