

Консультирование по финансовым вопросам MaineHealth

Запрос на предоставление бесплатного медицинского обслуживания или применения программы рассрочки

Я подаю заявку на:

Бесплатное медицинское обслуживание Программу рассрочки Оба варианта

Информация о заявителе

Ф. И. О.	Дата рождения	№ социального страхования (последние 4 цифры)
Адрес	Город/страна/индекс	Телефон
Семейное положение	Работодатель (указать все организации за последние 3 месяца)	Дата начала работы и заработная плата
Страховка (если нет, указать н/п)	№ полиса (если применимо)	Дата вступления в силу

Информация о супруге/созаявителе (только для женатых/замужних заявителей или официально зарегистрированных сожителей)

Ф. И. О.	Дата рождения	№ социального страхования (последние 4 цифры)
Телефон	Работодатель (указать все организации за последние 3 месяца)	Дата начала работы

В случае если заявитель женат/замужем, но проживает отдельно от супруги/супруга, требуется копия документа, подтверждающего отдельное жительство супругов по решению суда или подачу заявления о расторжении брака.

Лица, находящиеся на иждивении (все лица в возрасте младше 18 лет, которые на данный момент проживают совместно с Заявителем)

Ф. И. О.	Дата рождения	Степень родства с Заявителем	Идент. № MaineCare

Смотрите на обратной стороне.

Доход семьи за последние 3 месяца

Заявитель и члены его семьи должны предоставить заполненную федеральную налоговую декларацию за предыдущий год или нотариально удостоверенное заявление об отсутствии дохода.

Если доход семьи составляет:	Сумма за месяц:	Заявитель должен предоставить:
Заработок/зарплата от работодателя(-ей)	\$	Квитанции или подробный отчет о выплатах с каждой работы за последние 13 недель или последние 12 месяцев с указанием совокупного дохода И заполненную федеральную налоговую декларацию за предыдущий год
Частный предприниматель / доход от аренды	\$	Отчет о прибылях и убытках за последние 3 месяца или 12 месяцев И заполненную федеральную налоговую декларацию за предыдущий год.
Пособие по безработице, временной или длительной нетрудоспособности или в связи с несчастным случаем на производстве	\$	Еженедельный акт по страховому случаю с указанием совокупного дохода за последние 13 недель или 12 месяцев ИЛИ подробный отчет о выплатах от работодателя с указанием выплаты в связи с нетрудоспособностью.
Социальное обеспечение или социальное страхование на случай потери трудоспособности	\$	Письмо о пособии за текущий год. Для получения копии письма о пособии обращайтесь по телефону: 1-877-405-1448 или посетите веб-сайт: www.ssa.gov . Форма 1099 не принимается
Выходное или пенсионное пособие	\$	Письмо или выписка о пособии (401K, IRA и т. д.) с указанием общей распределенной суммы. Форма 1099 не принимается.
Общая помощь	\$	Письмо о пособиях общей помощи за текущий месяц.
Дохода за последние 3 месяца не было	\$	Нотариально удостоверенное заявление с объяснением причины предоставления финансового обеспечения, которое Вы получаете, подписанное лицом, предоставляющим финансовое обеспечение. Если Вы живете на сбережения, Вам также будет необходимо предоставить банковские выписки за 3 месяца.
Алименты/пособие на ребенка	\$	Копию судебного постановления ИЛИ оплаченные чеки/квитанции за 3 месяца.
Дивиденды/проценты	\$	Ежеквартальные выписки по дивидендам ИЛИ банковские выписки за 3 месяца.
Другое	\$	Выигрыши по лотереям, заработки помимо зарплаты, наличные за разовые подработки и т. д. за последние 3 месяца.

Другие требования к документам

В случае если заявитель, подающий заявку на предоставление бесплатного медицинского обслуживания:

- в возрасте младше 21 года или старше 65 лет;
- незрячий или с ограниченными возможностями (или страдает заболеванием, которое не позволило ему работать в прошлом году);
- в настоящий момент беременна или подает заявку на иждивенцев.

Заявителя могут попросить подать заявку для получения MaineCare в местном Департаменте здравоохранения и социального обеспечения. Для подачи заявки, пожалуйста, обращайтесь по телефону **1-800-442-6003** или посетите веб-сайт: <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

Примечание: Если Вы недавно уже подавали заявку на получение Mainecare, пожалуйста, направьте вместе с данной формой заявки копию постановления. При госпитализации требуется предоставление постановления по MaineCare.

Программа рассрочки

Запрос на ежемесячный платеж в сумме \$ _____

Для обоснования применения программы рассрочки, пожалуйста, укажите следующую информацию о расходах семьи

Пожалуйста, укажите все ежемесячные расходы семьи заявителя:

Расходы:	Ежемесячный платеж:	Расходы:	Ежемесячный платеж:
Жилье (ипотека/арендная плата)	\$	Потребительский кредит / кредит под залог жилой недвижимости	\$
Налог на недвижимость	\$	Детские дошкольные заведения	\$
Страхование домовладельца/арендатора	\$	401K/403B	\$
Коммунальные услуги:	-	Автокредит	\$
Домашний/сотовый телефон	\$	Автострахование	\$
Электричество	\$	Бензин для транспортного средства	\$
Вода/канализация	\$	Еда	\$
Кабельное/спутниковое телевидение	\$	Расходы на домашних животных	\$
Интернет	\$	Медицинские счета	\$
Газ/масло (отопление)	\$	Кредитные карты	\$

Направьте заполненную форму заявки и документы в:	MaineHealth Patient Financial Services Attn: Financial Counseling 301 Route 1, Suite C Scarborough, ME 04074-9701	Факс: (207) 661-8042
---	--	----------------------

Пожалуйста, не забудьте прикрепить копию документов, подтверждающих Ваш доход.

Я подтверждаю, что предоставленные сведения, в том числе данные об уровне дохода, являются верными и точными, насколько мне известно. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю касательно уровня моего годового дохода и размера семьи, подлежит проверке сотрудниками MaineHealth. Я также понимаю, что в случае недостоверности каких-либо из предоставленных мной сведений это станет основанием для отказа в предоставлении услуг по бесплатному медицинскому обслуживанию, и я буду нести ответственность по оплате предоставленных услуг.

Подпись Заявителя _____ Дата _____

Подпись Созавителя _____ Дата _____

(или представителя пациента)

Со всеми вопросами по поводу данной заявки, обращайтесь к сотрудникам Отдела по обслуживанию заказчиков по номеру телефона: (207) 887-5100 или бесплатному номеру телефона: (866) 804-2499.