

P.O. Box 1259 \* State College, PA 16804-1259 \*814.234.6171 \* www.mountnittany.org Медицинский центр Маунт-Ниттани / Терапевтическое отделение Маунт-Ниттани

Заявление на благотворительную (бесплатную) медицинскую помощь Внесите все требуемые данные и приложите все необходимые документы, чтобы мы могли содействовать выполнению процедуры подачи заявления.

|  | СВЕДЕНИЯ О   | ГЛАВЕ СЕМЬИ                        |                                |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Имя главы семьи:                           |  |                                    |                                |
| Адрес главы семьи:                         |  |                                    |                                |
| ——<br>Номер социального обеспечен          | ия главы семьи:  |                                    |                                |
| Номер телефона главы семьи:                |  |                                    |                                |
| ЗАЯВЛЕНИЕ НА Б                             | ЛАГОТВОРИТЕЛЬНУЮ (   | БЕСПЛАТНУЮ) МЕДИ                   | цинскую помощь                 |
| <b>ИМЯ ПАЦИЕТА</b>                         | ДАТА ВМЕШ.   | № СЧЕТА                            | ОСТАТОК                        |
|  |  |                                    |                                |
|  |  |                                    |                                |
|  |  |                                    |                                |
| —<br>Не вменизминиеся последующи           | ие счета вносить на обратной сторо                                 | лие этой формы                     | ИТОГО                          |
| -  |  |                                    |                                |
| ЗАПОЛНИТЕ IIII                             | . 1, 2, 5 И ПРИЛОЖИТЕ ПО<br>УКАЗАННЕ                               | ОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДО<br>ЫЕ В ПП. 3, 4. | ОХОД ДОКУМЕНТЫ,                |
| 1. Обрашался за мелицинск                  | ой помощью: 🗌 Нет; 🔲 Да Дат  | a:                                 |                                |
| 2. Численность семьи:                      |  |                                    |                                |
| <ol> <li>Приложить налоговую де</li> </ol> | кларацию за 2017 г.:   |                                    |                                |
|  | латных чеков с датами:<br>пожить подтверждающие докумен            |                                    |                                |
|  | чаются социальные выплаты, по                                      |                                    | <br>бие студентам, пособие на  |
| ****                                       | е виды дохода, получаемого всем<br>ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ БЕЗ ПО         |                                    |                                |
| ДОПУСКАЕТСЯ****                            |  | 1                                  |                                |
| Я подтверждаю, что наскольк                | о мне известно, указанная мной ин                                  | нформация является полнои и д      | остовернои.                    |
|  |  | Полг                               | шсь и лата                     |
|  | НЕ ВНОСИТЬ ЗАПИСІ  | И ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ                  | ись и лата                     |
| (ЗАПС                                      | ОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО МЕД  |                                    | ЕНИЕМ)                         |
|  | латную медицинскую помощь удо                                      |                                    | Категория А                    |
| Категория В                                |  |                                    | _                              |
|  | готворительную (бесплатную) мед<br>готворительную (бесплатную) мед |                                    |                                |
|  | готворительную (бесплатную) мед могли содействовать выполнении     |                                    | вует требованиям. Предоставьте |
|  | говая декларация за 2014 г. <i>не соог</i>                         |                                    |                                |
| Приведенные коре                           | шки зарплатных чеков <u>не coomвет</u>                             | <u>іствуют требованиям.</u>        |                                |
| Привеленная числ                           | енность семьи не соответствует                                     | требованиям                        |                                |

| *Примечание. Доплаты программой благотворительной (бесплатной) медицинской помощи не предусмотрены.<br>Ответственность несет пациент. * |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Прочее:   | Подпись  |  |  |
|   | Mount Nittany Medical Center, P.O.Box 1259, State College, PA 16804-1259 |  |  |