



# Carolinas HealthCare System

Coverage Assistance & Financial Assistance Application (Russian)

Анкета-заявление на страховое покрытие и финансовую помощь

Счет № Account#	
Дата(ы) обслуживания: Date(s) of Service	

Задача этой анкеты — предоставить информацию, необходимую Отделу финансового консультирования при определении права пациента на финансовую помощь по оплате больничных счетов CHS. Для всесторонней оценки вашей ситуации просим вас полностью заполнить анкету.

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

Демографические данные пациента Patient Demographics				
Имя и фамилия пациента / Patient's Full Name		Дата рождения / Date of Birth	Номер Social Security / Social Security#	Семейное положение Marital Status
Адрес проживания / Physical Address		Город, штат, почтовый код City, State and Zip Code	Мес./лет по этому адресу Months/Yrs at This Address	Округ / County
Если адрес проживания отличается от вашего почтового адреса, укажите свой почтовый адрес ниже. If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below				
Почтовый адрес / Mailing Address		Город, штат, почтовый код City, State and Zip Code	Мес./лет по этому адресу Months/Yrs at This Address	Округ / County
Дом. телефон / Home Phone#	Сотовый телефон Mobile Phone#	К кому обращаться в экстренных случаях Emergency Contact Name		Телефон / Phone#
Город и штат рождения / City and State of Birth		Гражданство / Citizenship Status	Живу в США с Lived in U.S. Since	Копии документов? <input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No Copies of Your Documents?

Информация о медицинском страховании Health Insurance Information				
Основная страховка - компания Provider - Primary Coverage	Имя и фамилия страхователя Policy Holder Name	Номер полиса / Policy#	Номер группы Group#	Дата вступления в силу Effective Date
Вторая страховка- компания Provider - Secondary Coverage	Имя и фамилия страхователя Policy Holder Name	Номер полиса / Policy#	Номер группы Group#	Дата вступления в силу Effective Date

Перечислите всех членов семьи Please list all household members below						
Имя, фамилия / Name	Дата рождения Date of Birth	Место рождения Place of Birth	Номер Social Security / SSN#	Степень родства Relation to Patient	Пол / Sex	Порода / Race
1						
2						
3						

**Перечислите всех членов семьи (прод. со стр.1)**

Please list all household members below (continued from page 1)

Имя, фамилия / Name	Дата рождения Date of Birth	Место рождения Place of Birth	Номер Social Security / SSN#	Степень родства Relation to Patient	Пол / Sex	Раса / Race
4						
5						
6						
7						

Если в вашем домохозяйстве более 7 человек, укажите в Примечаниях на стр.6 / If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

Образование, работа и служба в армии Education, Employment and Military Background		Пациент (мать, если пациент несовершеннолетний) / Patient (mother if patient is a minor)	Супруг(а)(отец, если пациент несовершеннолетний) / Spouse (father if patient is a minor)
<b>Образование</b> Education	Сколько классов закончили в школе? Highest Grade Completed in School		
	Рабочая квалификация / Technical Skills		
<b>Текущее место работы</b> Current Employment	Сейчас не работаю (если да, пометьте квадратик) / Currently Unemployed (check box if yes)	<input type="checkbox"/> Заполните раздел "Последнее место работы" / Fill-out 'past employment' section	<input type="checkbox"/> Заполните раздел "Последнее место работы" / Fill-out 'past employment' section
	Название и адрес компании Company Name and Address		
	Должность / выполняемая работа Job Title / Type of Work Performed		
	Рабочий тел. Work Phone#		
	Фамилия начальника/супервайзора Boss/Supervisor's Name		
	Даты, когда работал(а) Dates of Employment		
	Доход и форма оплаты Income and Pay Structure	____ час/нед.(hrs/wk) \$ ____ /час (/hr.) ____ дней/нед.( days/wk) \$ ____ /день (/day) Комиссионные Commission \$ ____ /мес.(/mo) Ежегодно Annual \$ _____	____ час/нед.(hrs/wk) \$ ____ /час (/hr.) ____ дней/нед.( days/wk) \$ ____ /день (/day) Комиссионные Commission \$ ____ /мес.(/mo) Ежегодно Annual \$ _____
<b>Последнее место работы</b> Past Employment	Название и адрес компании Company Name and Address		
	Должность / выполняемая работа Job Title / Type of Work Performed		
	Даты, когда работал(а) Dates of Employment		
	Доход и форма оплаты Income and Pay Structure	____ час/нед.(hrs/wk) \$ ____ /час (/hr.) ____ дней/нед.( days/wk) \$ ____ /день (/day) Комиссионные Commission \$ ____ /мес.(/mo) Ежегодно Annual \$ _____	____ час/нед.(hrs/wk) \$ ____ /час (/hr.) ____ дней/нед.( days/wk) \$ ____ /день (/day) Комиссионные Commission \$ ____ /мес.(/mo) Ежегодно Annual \$ _____

COBRA	Потерял ли работу член семьи в последние 60 дней? Has a member of the household lost their job within the past 60 days?		<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
	Было ли ему(ей) дано уведомление о выборе покрытия COBRA? Did he/she receive a COBRA election notice?		<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
	Было ли выбрано покрытие COBRA? Did he/she elect COBRA coverage?		<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
	Если он(а) не выбрали COBRA, отметьте одно: If he/she did not elect COBRA coverage, please check one:		<input type="checkbox"/> слишком дорогие взносы premiums too expensive	<input type="checkbox"/> новое страхование new coverage
Военная служба Military Service	Род войск Branch	Даты службы Dates Enlisted	Звание Rank	Номер Serial#

### Информация о страховании / Insurance Information

Страхование жизни Life Insurance	Компания Company	Держатель полиса Policy Holder	Номинальная стоимость Face Value	Тип полиса Policy Type	Наличная стоимость Cash Value
Страхование/контракт для погребения Burial Insurance/Contract	Компания Company	Держатель полиса Policy Holder	Номинальная стоимость Face Value	Наличная стоимость Cash Value	Возможность отзыва? Revocable?

Доход (за 3 месяца) Income (3 month history)	Пациент (мать, если пациент несовершеннолетний)			Супруг(а)(отец, если пациент несовершеннолетний)		
	Прошлый месяц Last month	2 месяца назад 2 months ago	3 месяца назад 3 months ago	Прошлый месяц Last month	2 месяца назад 2 months ago	3 месяца назад 3 months ago
Заработная плата Wages						
Пенсия Pension/Retirement						
Пенсия Social Security Social Security Retirement						
Пособие по инвалидности Social Security Disability						
Дополнительный социальный доход (SSI)						
Пособие для ветеранов VA Benefits						
Пособие по безработице Unemployment						
Алименты на ребенка Child Support						
Фудстемпы Food Stamps						
Другое (Workfirst и т.п.) Other (Workfirst, etc.)						
Подтверждение Statement of Verification	У вас есть корешки чеков или др. подтверждение дохода? Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No			У вас есть корешки чеков или др. подтверждение дохода? Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No		

Расходы Expenses	Выплаты для (имя) Payments for (name)	Сумма Payment Amount	Кому выплачено (фамилия и адрес) Paid to (name and address)
Алименты на ребенка / детский сад или няня Child Support/Care			
Алименты бывшим жене(мужу) Alimony			

<b>Заявление о получаемой помощи</b> Statement of Support	<p>Я подтверждаю, что был(а) без работы последние ___ месяцев, ___ лет. Поскольку я не работаю, я получаю питание, проживание и одежду от _____, который является моим(моей) _____.</p> <p>I certify that I have been unemployed for the last _____ months/years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.</p>
--	---

Недвижимость Property	Адрес Address	Владение Ownership	Налоговая стоимость Tax Value	Остаток ссуды Loan Balance	Кредитная компания Mortgage Co
Основная резиденция Primary Residence		<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Другая недвижимость Other Property		<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Другая недвижимость Other Property		<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Другая недвижимость Other Property		<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			

Активы Assets	Название Make/Model	Владение Ownership	Налоговая стоимость Tax Value	Остаток ссуды Loan Balance	Банк / кредитор Bank/Lender
Автомобили Automobiles	1	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
	2	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
	3	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Мотоциклы Motorcycles	1	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
	2	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Лодки Boats	1	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
	2	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
Трейлеры/RV Trailers/RVs	1	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			
	2	<input type="checkbox"/> владею own <input type="checkbox"/> аренда rent			

Если у вас есть дополнительное имущество перечисленных выше категорий, укажите в Примечаниях на стр.6  
If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.

Банки и инвестиции		Учреждение	Остаток на счету	Номер счета	Владелец(ы) счета
Banking/Investments		Institution	Balance	Account#	Account Holder(s)
Чекový счет Checking	1				<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Совместный
	2				<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Совместный
Банки и инвестиции (прод.)		Учреждение	Остаток на счету	Номер счета	Владелец(ы) счета
Banking/Investments (cont)		Institution	Balance	Account#	Account Holder(s)
Сберегательный счет Savings	1				<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Совместный
	2				<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Совместный
Депозитный сертификат CDs					
401K / IRA 401K / IRA					
Акции/облигации Stocks/Bonds					
Другое (трастовые фонды и т.д.) Other (trust fund, etc.)					

<b>Счета за медицинские услуги / Medical Bills</b>	Есть ли у пациента медицинские счета за последние 2 года? Does the patient have old medical bills within two years?	<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	Общая сумма Total Amount

Подтверждение и подписи / Acknowledgement and Signatures				
<p>Настоящим я подтверждаю, что предоставленная в этом заявлении информация является правдивой, точной и полной в соответствии с тем, что мне известно. Настоящим я даю разрешение больнице связываться с любыми лицами, фирмами или организациями для подтверждения любой указанной информации; настоящим я разрешаю всем лицам, фирмам или организациям сообщать больнице любую финансовую информацию, которая может быть затребована.</p> <p>I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.</p>				
Подпись: Witness:	Кем приходится пациенту: Relationship to Patient:		Дата Date	
Подпись свидетеля: Witness Signature:	Кем приходится пациенту: Relationship to Patient:		Дата Date	

Для финансовых консультантов / For Financial Counseling Personnel			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview    Phone Interview    Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA    Victim's Assistance    Medicaid - program(s) _    IHF    Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

**Заполненная анкета посылается по почте по адресу: (Mail Completed Application to)**

CHS System Business Office  
 Attention: Financial Counseling  
 PO Box 32861  
 Charlotte, NC 28232