

## РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Укажите свое полное имя, адрес на момент получения медицинской помощи и другую информацию, запрашиваемую в этом разделе.

Номер счета \_\_\_\_\_ Дата(-ы) получения услуг \_\_\_\_\_

Полное имя пациента: \_\_\_\_\_  
ФАМИЛИЯ ИМЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ

Адрес: \_\_\_\_\_  
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА Город: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Страна пребывания: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Семейное положение:  холост/не замужем  женат/замужем  в разводе

Основной номер телефона: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  домашний  мобильный  рабочий  другой \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Медицинская страховка на момент получения услуги:  нет страховки  Medicare  Medicaid  другое \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ 2. ДОХОД И АКТИВЫ СЕМЬИ

Укажите свой доход, доход супруга/супруги и всех остальных членов семьи (если применимо).

Источник дохода	Итого за 3 месяца до начала обслуживания	Итого за 12 месяцев до начала обслуживания
Заработная плата/самозанятость	\$ _____	\$ _____
Социальное пособие	\$ _____	\$ _____
Пенсия, дивиденды, проценты, доход от аренды	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице, компенсация работникам	\$ _____	\$ _____
Пособие на ребенка (только если пациент является непосредственным получателем)	\$ _____	\$ _____
Иное	\$ _____	\$ _____

Общая сумма чистых активов (активы/задолженность) на дату подачи заявки: \$ \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ 3. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И ДОХОД

Перечислите всех членов Вашей семьи и укажите даты их рождения.

Вы должны предоставить следующую информацию обо всех ближайших родственниках, проживающих с Вами. В контексте программы НСАР в состав семьи входит пациент, его супруг/супруга и все его дети в возрасте до 18 лет (родные или приемные), которые проживают с ним. Если пациенту не исполнилось 18 лет, в состав семьи входит пациент, биологический или приемный родитель (биологические или приемные родители) пациента, а также дети родителя (родителей) до 18 лет (биологические или приемные), которые проживают в доме пациента.

Ф. И. О. членов семьи, включая пациента	Дата рождения	Кем приходится пациенту
1. Пациент: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что все сведения, указанные мной в настоящей заявке и во всех приложениях к ней, соответствуют действительности.

Подпись ответственного лица: x \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Заполненную заявку передайте указанному лицу: **Select Specialty Hospital - San Diego**

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

(888) 868-1103

Версия 01.05.2021 г.

Электронная почта: IPCS@selectmedical.com

Факс: (717) 980-2509