

Сведения о трудовой деятельности — взрослый 1

Укажите все сведения о трудовой деятельности в течение последних 30 дней.

Приложите корешки чеков заработной платы за 1 месяц.

Если вам не хватает места, используйте обратную сторону заявления или приложите дополнительный лист.

Имя и фамилия работодателя	Адрес	Дата начала:	Почасовая ставка (\$)	К-во часов в неделю	Как часто производятся выплаты?
	Номер телефона	Дата окончания:			

Вы получаете чаевые? НЕТ ДА — укажите сумму в месяц (\$)

Имя и фамилия работодателя	Адрес	Дата начала:	Почасовая ставка (\$)	К-во часов в неделю	Как часто производятся выплаты?
	Номер телефона	Дата окончания:			

Вы получаете чаевые? НЕТ ДА — укажите сумму в месяц (\$)

Сведения о трудовой деятельности — взрослый 2

Если вы в браке, укажите сведения о трудовой деятельности вашего супруга/супруги в течение последних 30 дней.

Имя и фамилия работодателя	Адрес	Дата начала:	Почасовая ставка (\$)	К-во часов в неделю	Как часто производятся выплаты?
	Номер телефона	Дата окончания:			

Вы получаете чаевые? НЕТ ДА — укажите сумму в месяц (\$)

Имя и фамилия работодателя	Адрес	Дата начала:	Почасовая ставка (\$)	К-во часов в неделю	Как часто производятся выплаты?
	Номер телефона	Дата окончания:			

Вы получаете чаевые? НЕТ ДА — укажите сумму в месяц (\$)

Другой доход

Приложите к заполненному заявлению подтверждающие документы.

Материальная помощь на содержание детей:	Сумма в месяц (\$)	Пособие по безработице:	Сумма в месяц (\$)
Доход от индивидуальной трудовой деятельности (вашей):	Сумма в месяц (\$)	Алименты:	Сумма в месяц (\$)
Доход от индивидуальной трудовой деятельности (супруга/супруги):	Сумма в месяц (\$)	Пособие по линии социального обеспечения:	Сумма в месяц (\$)
Другой доход:	Сумма в месяц (\$)	Другой доход:	Сумма в месяц (\$)

Если никакой доход не заявлен, объясните ниже, как вы оплачиваете питание, жилье, одежду и другие потребности.

Ликвидные активы

Приложите копии вашей последней выписки из банковского счета.

Название банка:	Тип счета:	Имя и фамилия собственника (собственников):	Текущий баланс:
			\$
			\$
			\$
			\$
Наличные средства			\$
Стоимость акций/облигаций			\$
Стоимость депозитных сертификатов			\$
Стоимость депозитных счетов денежного рынка			\$

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

1. Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что информация, указанная в данном документе, является верной и точной, насколько мне известно.
2. Я подаю заявление на получение любой помощи, которая будет доступна и поможет мне оплатить этот счет.
3. Я понимаю, что указанная информация подлежит проверке, поэтому я даю разрешение и уполномочиваю любой банк, страховую компанию, финансовое учреждение и кредиторов любого типа сообщать любому уполномоченному представителю Медицинского центра округа Хеннепин (Hennepin County Medical Center) информацию о моих прежних и текущих счетах, полисах, действиях и всю связанную с ними информацию. Я уполномочиваю Медицинский центр округа Хеннепин провести проверку кредитоспособности ответственных лиц/пациента и супруга/супруги.
4. Я понимаю, что меня могут попросить предоставить документы для подтверждения моей информации.

Подпись (пациент/поручитель)	Дата: _____ / _____ / _____
Подпись (супруг/супруга)	Дата: _____ / _____ / _____

This Section is for Office Use Only:

This application is approved for:

Hennepin Care Plus _____ Hennepin Care Co-Pay _____

Effective Date: ____ / ____ / ____

IP Waiver (Non HC Resident) _____

Effective ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____

This application is denied: _____

Denial Reason: _____

Name of Reviewer: _____

Date: ____ / ____ / ____

Name of Auditor: _____

Date: ____ / ____ / ____

Additional Notes:

УКАЗАНИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА РЕГИСТРАЦИЮ В ПРОГРАММЕ HENNEPIN CARE

Личная информация:

1. Укажите имя и фамилию главы семьи, номер социального страхования, дату рождения и номер медицинской карты, если известно.
2. Укажите эту же информацию для взрослого 2 (официальный супруг/супруга или родитель ребенка младше 18 лет).
3. Укажите адрес, округ проживания, домашний телефон и другие номера телефонов, например мобильного, ответственного лица.
4. Отметьте соответствующую графу, если вы подаете заявление на регистрацию в программе Hennepin Care Discount.

Информация о семье:

1. Укажите имя, фамилию, дату рождения, степень родства каждого иждивенца в семье и отметьте соответствующую графу, если вы подаете заявление на регистрацию в программе Hennepin Care Discount.

Информация о гражданстве

1. Заполните соответствующие графы о статусе в США для каждого заявителя.

Сведения о трудовой деятельности (вашей):

1. Укажите данные о работодателе главы семьи (взрослый 1). Укажите названия всех работодателей в течение последних 6 месяцев, их адреса и номера телефонов.
2. Укажите почасовую ставку (или оклад) и количество отработанных часов в неделю. Укажите, получаете ли вы чаевые, если да, укажите сумму.
3. Если вы не работали, укажите «Not Employed» (Не работал) в графе с названием компании.
4. Приложите копию налоговой декларации за предыдущий год и/или корешки чеков заработной платы за 1 месяц.

Сведения о трудовой деятельности (супруга/супруги):

1. Если вы в браке, укажите сведения о работодателе супруга/супруги (взрослый 2). Укажите названия всех работодателей в течение последних 6 месяцев, их адреса и номера телефонов.
2. Укажите почасовую ставку (или оклад) и количество отработанных часов в неделю. Укажите, получает ли он/она ЧАЕВЫЕ; если да, укажите сумму.
3. Если супруг/супруга не работал, укажите «Not Employed» (не работал) в графе с названием компании.
4. Приложите копию налоговой декларации за предыдущий год и/или корешки чеков заработной платы за 1 месяц.

Другой доход:

1. Укажите источник/сумму другого дохода. Укажите сумму материальной помощи на содержание ребенка, пособия по линии социального обеспечения, премий от работодателя и т. д. Также укажите сумму дохода от аренды, алиментов, пенсии, социальных выплат и ветеранских пособий.

Отсутствие дохода

1. Если никакой доход не заявлен, объясните в соответствующей графе, как вы оплачиваете питание, жилье, одежду и другие потребности.

Ликвидные активы:

1. Заполните раздел о банковской информации, указав название вашего банка или финансового учреждения, тип счета (текущий или сберегательный), имена и фамилии владельца (владельцев) и текущий баланс на каждом счете.
2. Заполните раздел «Другие активы», указав сумму наличных средств, стоимость депозитных сертификатов, акций/облигаций или депозитных счетов денежного рынка. При отсутствии дополнительных активов, укажите «N/A» (отсутствуют).
3. Приложите копию последней выписки (выписок) из банковского счета (банковских счетов) и, если применимо, документы, подтверждающие сумму других ликвидных активов.

ДОКУМЕНТЫ. Обратите внимание, что ваша подпись подтверждает ваше согласие на предоставление всех документов, подтверждающих доход. При отсутствии дохода укажите, каким образом вы оплачиваете расходы. Вы должны четко объяснить отсутствие дохода, чтобы можно было провести полную оценку вашего заявления. Необходимо приложить все документы для полной оценки. Если заявление заполнено не полностью, оно будет возвращено. Мы не несем ответственность за рассмотрение не полностью заполненных заявлений.

ВЫ СОГЛАШАЕТЕСЬ, ЧТО:

1. Ответственные лица/пациент точно заполнили эту форму.
2. Ответственные лица/пациент будут подавать заявление на получение любой помощи для оплаты этого счета. Если ответственные лица/пациент имеют возможность получить кредит, ожидается, что они возьмут кредит в банке или оплатят обслуживание кредитной картой.
3. Укажите название системы здравоохранения (Health Care System) для получения информации о кредите и проведения кредитной проверки.