

**Заявление о предоставлении финансовой помощи**

Счет № \_\_\_\_\_

Имя пациента: \_\_\_\_\_

Благодарим Вас за интерес, проявленный к Программе финансовой помощи больницы Doylestown Hospital, предложенной организацией Doylestown Health. Просим предоставить информацию, подтверждающую общий доход Вашей семьи.

Состав семьи — все лица, проживающие вместе с Вами, в том числе родители и все лица, находящиеся на Вашем содержании (согласно определению налогового управления). \_\_\_\_\_

- \_\_\_ 3 последних квитанции о начислении заработной платы с места работы.
- \_\_\_ 3 последних банковских выписки по текущему и/или сберегательному счету.
- \_\_\_ Копия последней налоговой декларации.
- \_\_\_ Копия справки о выплате пособия по безработице или инвалидности.
- \_\_\_ Банковские выписки и копия отчета о прибылях и убытках для индивидуальных предпринимателей.
- \_\_\_ Копия действующего уведомления о выплате пособия по социальному обеспечению.
- \_\_\_ Пенсионные выплаты.
- \_\_\_ Алименты.
- \_\_\_ Прочий доход.

Если Вы не приложите к своему заявлению все требуемые документы, принятие решения по Вашему заявлению может быть отложено либо же Ваше заявление может быть отклонено.

Если у Вас возникнут вопросы, просим обращаться в наш Отдел оплаты и финансового обслуживания пациентов по номеру 215-345-2198.

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

Насколько мне известно, вышеуказанная информация является достоверной, полной и соответствует действительности

ДАТА ПОДПИСАНИЯ \_\_\_\_\_