

Только для внутреннего пользования в служебных целях  
 Заявление выдал (-а) пациенту: Фамилия и имя \_\_\_\_\_ Объект/предприятие \_\_\_\_\_ Отдел \_\_\_\_\_

## Заявление на получение помощи по программе Helping Hand

Aurora Health Care — Helping Hand Program  
 P.O. Box 511156  
 New Berlin WI 53151-1156

*Мы готовы вам помочь! Если у вас возникнут вопросы при заполнении заявления и сборе документов, позвоните нам по номеру 1-800-326-2250.*

Отправьте заполненное заявление по почте на указанный выше адрес со всеми необходимыми документами. **Пишите печатными буквами четко и разборчиво.**

### ЧАСТЬ 1. Общая информация

Ваше имя _____	Имя _____ Второе имя _____	Фамилия _____	Адрес эл. почты _____
Супруг (-а) _____	Имя _____ Второе имя _____	Фамилия _____	Адрес эл. почты _____
Адрес _____	Дом и улица _____	Город _____	Штат _____ Почтовый индекс _____
			Номер телефона _____

Ваш № социального страхования \_\_\_\_\_ Ваша дата рождения \_\_\_\_\_

№ социального страхования супруга (-и) \_\_\_\_\_ Дата рождения супруга (-и) \_\_\_\_\_

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ В ПУНКТАХ С 1 по 5 ВКЛЮЧИТЕЛЬНО (СМ. НИЖЕ)

1.  Я В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАБОТАЮ В \_\_\_\_\_ Ставка оплаты/час, долл. \_\_\_\_\_  
 Профессия/должность \_\_\_\_\_ Трудоустройство с (дата) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

МОЙ (МОЯ) СУПРУГ (-А) В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАБОТАЕТ В \_\_\_\_\_ Ставка оплаты/час, долл. \_\_\_\_\_  
 Профессия/должность \_\_\_\_\_ Трудоустройство с (дата) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

2.  О СТРАХОВАНИИ (отметьте все подходящие варианты):

Мое страхование  Страхование супруга (-и)

\_\_\_\_ Работодатель предлагает медицинское страхование, и у меня есть покрытие по предлагаемому плану.  
 (Приложите копию обеих сторон карты страхования.)

\_\_\_\_ Работодатель предлагает медицинское страхование, но я не зарегистрирован (-а) в программе.

Почему \_\_\_\_\_

(Вы **должны приложить письмо** от работодателя (-ей) с указанием общей стоимости страхования и суммы/процента, которую (-ый) вносит работодатель в счет страховых взносов сотрудника.)

\_\_\_\_ Работодатель не предлагает медицинское страхование. (Вы **должны приложить письмо** от работодателя с подтверждением этого.)

3.  СПИСОК МОИХ ПРЕДЫДУЩИХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ (ЕСЛИ ЕСТЬ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА ДО ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ

Предыдущий работодатель \_\_\_\_\_ Трудоустройство с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

(Дополнительные данные о работодателях можно указать на обратной стороне.)

4.  Я НЕ РАБОТАЮ  МОЙ (МОЯ) СУПРУГ (-А) НЕ РАБОТАЕТ

(Объясните, почему с указанием дат, причин, последней даты работы и т. п.)

5.  Я ПОЛУЧАЮ ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ С \_\_\_\_\_ (ДАТА); полученная с начала года сумма \_\_\_\_\_ долл.

МОЙ (МОЯ) СУПРУГ (-А) ПОЛУЧАЕТ ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ С \_\_\_\_\_; полученная с начала года сумма \_\_\_\_\_ долл.

*Чтобы получить информацию о пособии по безработице, обратитесь в службу страхования на случай безработицы по номеру 1-800-494-4944 или зайдите на веб-сайт Висконсина, посвященный пособиям по безработице, где можно найти данные с начала года до текущего момента:*

<http://dwd.wisconsin.gov/uiben>.

**Часть 1-А. Мои иждивенцы**

Фамилия, имя

Возраст

Фамилия, имя

Возраст

Иждивенцы (перечислите всех, указав имя и возраст)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительных иждивенцев укажите на обратной стороне

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ 2. Доход вашей семьи****Требуется документальное подтверждение по всем источникам дохода****Определение:** доход включает все деньги, полученные из любых источников.**Определение:** источник дохода означает то, откуда деньги поступают или кто их вам платит.

*Примеры: социальное страхование, заработная плата от вашего работодателя, от работодателя вашего (-ей) супруга (-и), пенсионный фонд, алименты, выплаты из инвестиционного фонда, пособие по инвалидности, пособие по безработице и т. д.*

**Вопрос:** что делать, если у меня был нулевой доход за год?**Ответ:** вы должны указать ноль в качестве вашего дохода внизу.

**Если кто-либо оказывает вам финансовую поддержку, заполните часть 3, подпишите ее и заверьте у нотариуса.**

**СОВОКУПНЫЙ ДОХОД ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ГОД:** \_\_\_\_\_ долл.*(Приложите копию всех страниц федеральной налоговой декларации.)*

Чтобы получить копии налоговых данных, обратитесь в Налоговое управление (IRS) по номеру 1-800-908-9946. Чтобы заказать выписку онлайн, зайдите на веб-сайт [www.irs.gov](http://www.irs.gov) и введите в поле поиска фразу Order a transcript («Заказать выписку»).

**ИСТОЧНИК ДОХОДА ЗА ТЕКУЩИЙ ГОД****ОБЩАЯ СУММА С НАЧАЛА ГОДА ДО ТЕКУЩЕГО МОМЕНТА**

(Если вы состоите в браке, нужно указать для обоих супругов.)

\_\_\_\_\_ долл. (Вы должны приложить подтверждение дохода с начала года по каждому источнику.)\_\_\_\_\_ долл. (Вы должны приложить подтверждение дохода с начала года по каждому источнику.)\_\_\_\_\_ долл. (Вы должны приложить подтверждение дохода с начала года по каждому источнику.)\_\_\_\_\_ долл. (Вы должны приложить подтверждение дохода с начала года по каждому источнику.)

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы являетесь самозанятым лицом, представьте информацию о своих ежеквартальных льготах для самозанятых лиц.

**Контрольный список и засвидетельствование****Отметьте все подходящие варианты и поставьте подпись внизу:**

- Я — постоянный житель Висконсина (если данные в заявлении невозможно будет проверить, потребуется подтверждение места проживания).
- Моя федеральная налоговая декларация (все страницы) прилагается (**ОБЯЗАТЕЛЬНО**). Если нет, то почему? \_\_\_\_\_
- Мои/наши последние квитанции о начислении заработной платы прилагаются. Если нет, то почему? \_\_\_\_\_
- Я приложил (-а) письма от моего работодателя или от работодателя моего (моей) супруга (-и), где указано, предлагает ли он страхование, и если да, то какова общая сумма взносов и какова сумма взноса работодателя.
- Я приложил (-а) документы по моему пособию по безработице, индивидуальному пенсионному счету (IRA), отчет по социальному страхованию (Social Security statement), документы по 401К, пенсионному плану и другие документы касательно дохода. Если нет, то почему? \_\_\_\_\_
- У меня был нулевой доход в этом году, а Заявление о финансовой поддержке (Часть 3) подписано, заверено нотариусом и прилагается.

**Я подтверждаю, что, насколько мне известно, представленная выше информация является верной и точной. Я разрешаю Aurora Health Care проверить любую информацию, представленную в данном заявлении.**

Фамилия, имя (печатными буквами) и подпись пациента или ответственного лица

Дата

### ЧАСТЬ 3. Заявление о финансовой поддержке

Заполняется, если вам кто-либо оказывает поддержку. Эту часть заполняет лицо, оказывающее поддержку.

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что я предоставляю (фамилия, имя пациента) \_\_\_\_\_

следующую поддержку каждый месяц: (Укажите, какая конкретно поддержка предоставляется, включая продукты питания, отопление, телефон, проживание и т. д.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Общая сумма такой поддержки в месяц для данного лица составляет \_\_\_\_\_ долл.

Я не прошу и не ожидаю возмещения ежемесячной стоимости такой поддержки от указанного здесь лица.

Я предоставляю поддержку данному лицу, потому что: (Укажите причину, по которой вы предоставляете финансовую поддержку данному лицу, не ожидая возмещения. Примеры: краткосрочная медицинская проблема, долгосрочная потеря трудоспособности, безработица, переезд и т. д.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Как долго вы уже предоставляете данному лицу описанную здесь поддержку? \_\_\_\_\_ (месяцев)

У данного лица нет других источников финансовой поддержки, кроме той поддержки, которая описана здесь мной. Я подтверждаю, что вся представленная мной информация является верной. В связи с этим я разрешаю Aurora Health Care проверить любую представленную информацию.

Имя лица, предоставляющего поддержку \_\_\_\_\_  
Имя Второе имя Фамилия Кем приходится заявителю

Адрес \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Дом и улица Город Штат Почтовый индекс Номер телефона

Подпись лица, предоставляющего поддержку: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что моя подпись не возлагает на меня ответственность за долги лица, которому я оказываю поддержку согласно данному заявлению.

Ваша подпись должна быть заверена нотариусом, имеющим в настоящий момент полномочия в штате Висконсин. Требуется подпись и печать.

Заверено в моем присутствии \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_, округ \_\_\_\_\_, штат Висконсин.

\_\_\_\_\_  
ПЕЧАТЬ

Подпись нотариуса

Мои полномочия истекают \_\_\_\_\_