

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 3193
Milwaukee, WI 53201

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 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 _____