

Имя пациента:

№ Medicare:

Дата:

**Второй плательщик Medicare:** Medicare обязывает, чтобы каждый пациент ответил на вопросы из **Части I** до того, как счет за медицинские услуги будет отправлен в Medicare. Если Вы ответили «Да» на какой-нибудь из вопросов, пожалуйста, впишите соответствующую информацию на оборотной стороне данной формы. **Исходя из статуса по возрасту, инвалидности и терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), Вам предстоит написать ответы на соответствующие вопросы, расположенные внизу этой формы.**

**Часть I**

Обведите «Да» или «НЕТ»

<b>1.</b>	Получаете ли Вы льготы от Black Lung?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>2.</b>	Получаете ли Вы денежные средства от исследовательских программ, финансируемых государством, которые оплатят за эту услугу?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>3.</b>	Согласно ли Отделение по вопросам ветеранов (Department of Veteran's Affairs (DVA)) оплатить эти процедуры?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>4.</b>	Проводится ли эта лабораторная процедура из-за связанных с работой несчастного случая или состояния?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>5.</b>	Проводится ли эта лабораторная процедура из-за несчастного случая, не связанного с работой?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>6.</b>	Вы имеете право на получение Medicare исходя из: (обведите кружком возможные варианты, расположенные справа).	<p><b>ВОЗРАСТ:</b> Пожалуйста, ответьте на расположенные ниже вопросы номер 7 и 8.</p> <p><b>ИНВАЛИДНОСТЬ:</b> Пожалуйста, ответьте на расположенные ниже вопросы номер 9 и 10.</p> <p><b>ESRD (Терминальная стадия почечной недостаточности):</b> Пожалуйста, ответьте на расположенные ниже вопросы с 11 по 14.</p>	
<b>7.</b>	<b>ВОЗРАСТ:</b> Трудоустроены ли Вы в настоящее время?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>8.</b>	<b>ВОЗРАСТ:</b> Трудоустроен(а) ли Ваш(а) супруг(а) в настоящее время?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>9.</b>	<b>ИНВАЛИДНОСТЬ:</b> Трудоустроены ли Вы в настоящее время?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>10.</b>	<b>ИНВАЛИДНОСТЬ:</b> Трудоустроен ли член Вашей семьи в настоящее время?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>11.</b>	<b>ESRD:</b> Есть ли у Вас групповой план медицинского страхования?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>12.</b>	<b>ESRD:</b> Была ли Вам пересажена почка?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>13.</b>	<b>ESRD:</b> Делали ли Вам поддерживающий диализ?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>
<b>14.</b>	<b>ESRD:</b> Находитесь ли Вы в течение 30-ти-месячного координационного периода?	<b>НЕТ</b>	<b>ДА</b>