

Пожалуйста, заполните по-английски

Идентифицирующая метка пациента

Почему меня попросили заполнить этот бланк?

Лечение в больницах NHS не является бесплатным для всех. По закону все больницы обязаны установить, имеют ли пациенты право на бесплатное лечение. Просим вас заполнить данный бланк, чтобы помочь нам в выполнении наших обязанностей. От имени ребенка бланк должен заполнять родитель/опекун. **После заполнения бланка вам необходимо прочитать и подписать нижеприведенную декларацию.**

Просим заполнять ПРОПИСНЫМИ БУКВАМИ

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Фамилия пациента: | | | | | | | | | | |
| Имя пациента: | | Дата рождения: | Д | Д | М | М | Г | Г | Г | Г |

ДЕКЛАРАЦИЯ: ПОДЛЕЖИТ ЗАПОЛНЕНИЮ ВСЕМИ ПАЦИЕНТАМИ

Больница может обратиться в МВД Великобритании для подтверждения вашего иммиграционного статуса, чтобы помочь нам решить, имеете ли вы право на бесплатное лечение в больнице NHS. В этом случае ваша личная, неклиническая информация будет отправлена в МВД Великобритании. Предоставленная информация может быть использована и сохранена МВД Великобритании для выполнения им своих функций, которые включают выполнение иммиграционного контроля за границей, в портах прибытия и на территории Великобритании. МВД Великобритании может поделиться данной информацией с другими правоохранительными структурами и уполномоченными агентствами по возврату долгов для целей, включающих национальную безопасность, расследование и уголовное преследование, а также взыскание штрафов и наложение гражданско-правовых санкций.

Если вы обязаны платить, но не оплатите лечение NHS, за которое вам выставили счет, в будущем это может повлечь за собой отказ

в иммиграционном заявлении для въезда или проживания в Великобритании. С этой целью необходима (неклиническая) личная информация может быть передана в МВД Великобритании через Департамент здравоохранения.

ДЕКЛАРАЦИЯ:

- Я прочитал(а) и понял(а) причины, вследствие которых меня попросили заполнить данный бланк.
- Я даю свое согласие на то, чтобы фонд связался со мной для подтверждения предоставленной мной информации.
- Я понимаю, что больница может связаться с соответствующими официальными органами для подтверждения сделанного мной заявления.
- На основании известной мне информации, предоставленные мной в данном бланке сведения правдивы.
- Я понимаю, что если я намеренно предоставлю ложную информацию, против меня могут быть приняты определенные меры. Они могут включать направление дела в местный отдел по борьбе с мошенничеством и взыскание причитающейся суммы.

This is an estimate for the cost £.....

| | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Подпись: | | Дата: | Д | Д | М | М | Г | Г |
| Имя прописными буквами: | | Кем приходится пациенту: | | | | | | |
| От имени: | | | | | | | | |

1. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ: ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – просим ответить на все вопросы, касающиеся вас

| | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|--|-------------|
| Проживаете ли вы в Великобритании постоянно? | ДА: <input type="checkbox"/> | НЕТ: <input type="checkbox"/> | Национальность: | |
| Адрес в Великобритании: | | | Номер паспорта: | |
| | | | Страна выдачи: | |
| Номер телефона: | | | Дата окончания действия паспорта: | Д Д М М Г Г |
| Номер мобильного телефона: | | | Двойное гражданство: | |
| Эл.почта: | | | Дата въезда в Великобританию: | Д Д М М Г Г |
| Вернетесь ли вы в свою родную страну для проживания? | ДА: <input type="checkbox"/> | НЕТ: <input type="checkbox"/> | Если да, то когда? | Д Д М М Г Г |
| Адрес ЗА ПРЕДЕЛАМИ Великобритании: | | | Имя и адрес работодателя (в Великобритании или за границей): | |
| Страна: | | | Страна: | |
| Телефон для связи: | | | Телефон работодателя: | |

2. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ: ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Просим сообщить нам, какие из следующих документов у вас имеются в настоящее время (отметьте все подходящие варианты):

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Действующий паспорт Великобритании | <input type="checkbox"/> | Действующий паспорт Европейского Союза | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Действующий неевропейский паспорт с действительной въездной визой | Номер визы. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Студенческая виза | <input type="checkbox"/> | Туристическая виза | | | | |
| | | Дата окончания визы: | | | | | |
| | | Д | Д | М | М | Г | Г |
| <input type="checkbox"/> | Учетная карточка беженца (ARC) | Номер ARC. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Другое – пожалуйста, укажите: | Номер биометрического вида на жительство. | | | | | |

3. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ: ВАШЕ ПРЕБЫВАНИЕ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ – возможно, от вас потребуется предоставить информацию

Просим сообщить нам цель вашего пребывания в Великобритании (отметьте все подходящие варианты):

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Отдых/посещение друзей или родственников | <input type="checkbox"/> | Бизнес | <input type="checkbox"/> | Постоянное проживание |
| <input type="checkbox"/> | Работа | <input type="checkbox"/> | Учеба | <input type="checkbox"/> | Поиск убежища |
| <input type="checkbox"/> | Другое – пожалуйста, укажите: | | | | |

Сколько месяцев вы провели ЗА ПРЕДЕЛАМИ Великобритании в последние 12 месяцев?

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Ни одного | <input type="checkbox"/> | До 3 месяцев | <input type="checkbox"/> | 3-6 месяцев | <input type="checkbox"/> | Более 6 месяцев |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|

Просим указать причину вашего отсутствия в Великобритании в последние 12 месяцев (отметьте все подходящие варианты)

| | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Я живу в другой стране | <input type="checkbox"/> | Отдых/посещение друзей | <input type="checkbox"/> | Работа |
| <input type="checkbox"/> | Я часто в разъездах (бизнес/второй дом за границей) | <input type="checkbox"/> | Учеба | | |
| <input type="checkbox"/> | Другое – пожалуйста, укажите: | | | | |


4. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ: ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ТЕРАПЕВТЕ – если вы зарегистрированы в поликлинике Великобритании

| | | |
|----------------------------|--|--------------------|
| Имя терапевта/поликлиники: | | Адрес поликлиники: |
| Телефон терапевта: | | |
| Номер NHS: | | |

5. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ИЛИ ТУРИСТИЧЕСКОЙ СТРАХОВКЕ – если Великобритания не является местом вашего постоянного проживания

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|
| Есть ли у вас страховка? | ДА: <input type="checkbox"/> | НЕТ: <input type="checkbox"/> | Имя и адрес поставщика страховых услуг: |
| Номер членства: | | | |
| Телефон страховой компании: | | | |

6. ИНФОРМАЦИЯ О ЕВРОПЕЙСКОЙ КАРТЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (EHIC) – если вы живете в другой стране ЕЭЗ

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|---|--|--|--|
| Есть ли у вас карта EHIC, выданная за пределами Великобритании? | ДА: <input type="checkbox"/> | НЕТ: <input type="checkbox"/> | Если да, пожалуйста, введите информацию со своей карты EHIC ниже: | | | |
|  <p>Если вы приехали из другой страны ЕЭЗ и не имеете действительной карты EHIC, вам в счет могут выставить стоимость вашего лечения, пройденного за пределами Приемного отделения скорой помощи (A&E). Если вас положат в палату или вам будет необходимо вернуться в больницу в качестве амбулаторного пациента, вам будет выставлен счет.</p> | 3 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 5 | 6 | | | | |
| | 7 | | | | | |
| | 8 | 9 | | | | |

7. ИНФОРМАЦИЯ О СТУДЕНТАХ – если вы приехали в Великобританию учиться

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|---|---|---|----------|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|--------------------------|--|
| Название колледжа/университета: | | | | | Телефон: | | | | | | | | | | | |
| Даты курса | С: | Д | Д | М | М | Y | Y | По: | Д | Д | М | М | Y | Y | Количество часов/недель: | |

Если вы заполняли данный бланк в Приемном отделении скорой помощи (A&E department), просим перед уходом отдать его регистратору или медсестре.

Если вас положили в палату или направили на дальнейшее лечение за пределами Приемного отделения скорой помощи, это может повлечь за собой расходы. Просим быть готовыми к интервью с нашей командой по общению с зарубежными посетителями.