

Вказівки щодо написання листа від агенції

Щоб подати заявку на участь у програмі UNM Care (University of New Mexico Care [Програмі медичної допомоги, що надається Університетом Нью-Мексико]) або Out-of-County Care (Програмі медичної допомоги поза округом), ви маєте надати нам документи, які підтверджують вашу особу й місце проживання.

У деяких осіб немає цих документів. Якщо у вас також їх немає, можна звернутися до соціального працівника, медичного фахівця, постачальника медичних послуг або громадської організації, які знають про вас і вашу ситуацію, та попросити їх надати письмове підтвердження вашої особи та/або місця проживання – так званий засвідчувальний лист. “Засвідчити” означає підтвердити або запевнити, що щось є правдою.

Ви можете надати інструкцію, подану нижче, одній із таких осіб.

Вітаю, авторе листа!

Дякую, що погодилися написати мені засвідчувальний лист. Нижче наведено деякі вказівки.

- **Ви можете скористатися зразком засвідчувального листа**, наведеним на наступній сторінці. Згідно із шаблоном заповніть необхідні поля бланка вашої організації (якщо такий є), видаліть речення, що не стосуються справи, і поставте свій підпис.
- **Ви можете написати засвідчувальний лист від руки.** Орієнтуйтеся на зразок, наведений на наступній сторінці. У листі вкажіть лише необхідну інформацію про пацієнта та/або його місце проживання. Якщо ви пишете від руки або без офіційного бланка, додайте візитку чи еквівалентний документ.
- Переконайтеся, що кожен лист містить дату, ім'я і прізвище автора, посаду, номер телефону, адресу електронної пошти й підпис.
- Листи можна віддати безпосередньо пацієнту для подання або надіслати поштою у відділ фінансової допомоги UNM на фізичну адресу UNM Financial Assistance, 1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102, електронну адресу відділу financialassistance@salud.unm.edu чи електронну адресу представника пацієнта.
- Якщо у вас є запитання, зателефонуйте у відділ фінансової допомоги UNM (UNM Financial Assistance) на номер 505-272-2521.

Приклад засвідчувального листа від агенції

Дата: _____

Я пишу, щоб надати вам інформацію про _____.
ім'я і прізвище пацієнта

Ця агенція, _____, працювала
назва агенції

з _____, починаючи з _____.
ім'я і прізвище пацієнта місяць/рік

На підставі моїх знань про особу, зазначену нижче, я можу заявити:

_____ – справжнє ім'я особи.

Пацієнт проживає за такою адресою: _____.

Використайте цю інформацію як підтвердження для подання заявки на отримання особою допомоги за програмою UNM Care або Out-of-County Care.

Підпис

Ім'я і прізвище

Посада

Номер телефону та/або електронна адреса