SABIT
SPECIAL AMERICAN BUSINESS INTERNSHIP TRAINING PROGRAM
СПЕЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЕЛОВЫХ СТАЖИРОВОК В США

Healthcare Management: Private Outpatient Care Program
Управление частными Медицинскими учреждениями
April 29 – May 20, 2017 / 29 апреля – 20 мая 2017 г.

место
для фото

I. GENERAL INFORMATION/ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Name (passport spelling) _____
(Last Name) (First Name) (Patronymic)

Ф.И.О. (как написано в паспорте) _____
(Фамилия) (Имя) (Отчество)

Place of Employment_____
(Complete Company Name)

Место работы: _____
(Полное название компании)

Position/Title: _____ Должность: _____

Work Tel.*/Раб.Тел.:*_____

Fax*/Факс:* _____

Mobile Tel. */Мобильный Тел:* _____

Work Address*:* _____
(Street, Building, City, Index)

***Рабочий адрес*:**_____
(Почтовый индекс, улица, дома или почтового ящика, город)

The SABIT Program follows Department of Commerce policies against discrimination, found at
http://www.osec.doc.gov/ocr/EEOPolicy.html
Программа САБИТ действует в соответствии с правилами против дискриминации, утверждёнными Министерством Торговли США:
http://www.osec.doc.gov/ocr/EEOPolicy.html

Work E-mail*/Адрес рабочей электронной почты:* _____

Personal E-mail*/Адрес личной электронной почты:* _____

Website*/Web-страница:* _____

Home address: _____
(Street Name and Number) (Apartment Number) (City, Index)

Домашний адрес:_____ _____
(Улица и номер дома**)** **(**Номер квартиры**)** **(**Город, почтовый индекс**)**

Home Telephone*/Домашний телефон:* _____

Preferred Mailing Address*/Предпочитаемый почтовый адрес:* ☐ **Home**/*Дом* ☐ **Work**/*Работа*

Sex*/Пол.:* ☐ **Female**/*Жен.* ☐ **Male**/*Муж*

Marital Status*/Семейное положение:* ☐ **Single**/*Холост* ☐ **Married**/*Женат, замужем*

Citizenship*/Гражданство:* _____

Full Name of Spouse*/Полное имя супруга(и):*_____

Spouse's place of work, position, and telephone number*/Место работы супруга(и), должность и рабочий номер телефона*

_____

_____

Other contact numbers where you can be reached (please list alternative telephones including city codes)*/ Укажите другие номера телефонов, включая код местности, по которым Вас можно найти:*

Tel.*/Тел.* _____ ***Name****/Имя*: _____

Relationship*/Кем приходится*: ❑ Friend/*Товарищ* ❑ Co-worker/*Сослуживец* ❑ Spouse/*Супруг/а* ❑ Relative/*Родственник* ❑ Other/*Другое*

In case of emergency, whom should we contact? (include name, e-mail, and telephone number)*/В случае необходимости, с кем мы можем связаться по Вашей просьбе (Имя, адрес электронной почты, и номер телефона):*

_____

How did you learn about the SABIT Program*/Как Вы узнали о программе САБИТ?:* _____

II. **EDUCATION**/ОБРАЗОВАНИЕ

A. List all post-secondary education including professional education, beginning with most recent (attach additional pages as needed)*/Перечислите Ваше образование после окончания средней школы,* ***начиная с последнего*** *учебного заведения, которое Вы окончили:*

Dates Даты	**Institute/University** Учебное заведение/Город	**Major Subject** Основная специальность	**Degree/Date Received** Квалификация/Научная степень/Дата диплома

B. List all U.S. Government-funded programs in which you have participated (attach additional pages as needed)*/Перечислите все образовательные и культурные программы Правительства США, в которых Вы участвовали (если необходимо, воспользуйтесь дополнительными листами бумаги):*

Dates*/Даты*	***Name of U.S. Government Sponsoring Agency/*** *Название Американской организации-спонсора*	***Topic of Program****/Тема программы*

C. Knowledge of English: Please rate your knowledge of English in the following areas:
Знание англ. языка: Пожалуйста, оцените Ваш уровень владения англ. языком по следующей шкале:

	Excellent Свободно	**Good** Хорошо	**Fair** На базовом уровне	**Poor** Слабо
Reading*/Чтение*				
Writing*/Письмо*				
Comprehension*/Понимание*				
Speaking*/Разговорная речь*				

List any other languages that you know*/Перечислите другие языки, которыми Вы владеете:* _____
_____

III. BUSINESS AND EMPLOYMENT EXPERIENCE/ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

A. List your business and employment history for the past ten years ONLY, beginning with most recent*/Опишите Ваш профессиональный опыт за последние 10 лет,* ***начиная с настоящего времени:***

Dates Даты (Мес, день, год)	**Name of Organization** Название организации	**City** Город	**Position/Title** Должность	**Responsibilities and duties** Должностные обязанности **(Дайте краткий точный ответ)**

B. Please list three professional references (names, addresses and phone numbers)*/Перечислите трех человек, которые могли бы дать Вам профессиональную характеристику:*

NAME*/Имя и фамилия*	***COMPANY NAME, ADDRESS, TELEPHONE AND E-MAIL****/Компания, адрес, телефон и электронная почта*	***PROFESSIONAL RELATIONSHIP****/ Профессиональные взаимоотношения*

IV. ADDITIONAL INFORMATION/ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

A. Passport and Travel Information*/Информация о паспорте и поездках за рубеж:*

Примечание: Просим Вас учесть, что информация о Вашем международном паспорте очень важна, так как данная информация необходима для оформления пропуска для посещения принимающих американских компаний.

Do you have an external passport?/Наличие международного паспорта ❑ **Yes**/Да ❑ **No**/Нет

Series/Number/Серия/Номер: _____

Place of Birth (City, Country)/Место рождения (город, страна):_____

Date of Birth/Дата рождения**:** ☐☐-☐☐-☐☐ (_____)
(Month/Месяц-**Day**/День-**Year**/Год**)** *(День рождения прописью)*

Passport Expiration Date/Паспорт действителен до: _____

Have you ever applied for a U.S. visa/Обращались ли Вы когда-нибудь за визой в США? ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет

When/Where/Если Да, то когда и где: _____
Were you granted a U.S. visa/Была ли выдана Вам виза в США? ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет

If yes, what type?/Если да, какой тип визы? _____

Have you ever applied for immigration to the U.S./Подавали ли Вы документы на иммиграцию в США?

❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет

If yes, when/where/Если да, то когда и где?: _____

B. List previous travel abroad (attach additional pages as needed)*/Перечислите все Ваши поездки за границу (если необходимо, приложите дополнительные листы бумаги):*

Country/Страна	**Dates/**Даты	**Sponsor/**Спонсор	**Purpose/**Цель

Нижеследующая информация, в том числе, информация о состоянии Вашего здоровья, никак не повлияет на результат конкурсного отбора. Она останется конфиденциальной и необходима только для того, чтобы обеспечить для Вас максимум комфорта в случае, если Вы пройдете конкурсный отбор:

- **Do you have any allergies/**Страдаете ли Вы от аллергии**?** ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет
  If yes, please explain/Если да, то поясните: _____
- **Do you have any medical conditions or limitations?/**Наличие особых медицинских показаний или ограничений? ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет
  If yes, please explain/Если да, то поясните: _____
- **Do you take any medication/**Вы принимаете какие-либо лекарства? ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет
  If yes, please explain/Если да, то какие: _____
- **Do you have any special dietary needs/**Есть ли у Вас особые требования к питанию? ❑ **Yes/**Да ❑ **No/**Нет
  If yes, please explain/Если да, то поясните: _____
- **Please list any contacts you have in the United States (including family, friends, business associates, and acquaintances)/**Перечислите, пожалуйста, все Ваши знакомства в США (включая родственников, друзей, деловых партнеров и знакомых):

  _____

  _____

V. STATEMENTS OF PURPOSE/ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕЙ

Следующая информация очень важна и поможет САБИТу разработать максимально полезную для Вас программу обучения. Дайте, пожалуйста, максимально подробные ответы на все нижеследующие вопросы.

A. ***Current enterprise description/****Характеристика Вашего предприятия/компании:*

Name of enterprise/Название предприятия/компании:

_____

Type of enterprise (i.e. industry sector: types of goods or services provided)/Тип предприятия (т.е. название отрасли по типу производства товаров или предоставляемых услуг):

_____

_____

The market for your product or service is/Каков рынок для Ваших услуг или продукции:

❑ **local/**местный ❑ **national**/национальный
❑ **regional**/региональный ❑ **International**/международный (please list countries/какие страны):_____

Who are your customers?/Кто Ваши клиенты?

❑ **state enterprises/**госпредприятия ❑ **individuals/**частные лица
❑ **private enterprises/**частные компании ❑ **other**/другое

How many people work at the firm?/Сколько людей работают на Вашем предприятии? _____

Annual gross revenue (in **US$)/**Годовой валовый доход (в долларах США): _____

Ownership of your company/Владельцы Вашего предприятия:

_____

If it is owned by more than one entity or individual, please provide the ownership breakdown by percentage/Если владельцев несколько, укажите, пожалуйста, их долю в процентном отношении):

_____

_____

B. ***Please provide detailed answers to the following questions. Пожалуйста, подробно ответьте на следующие вопросы:***

1. Describe your present employing organization (please be specific in terms of private, non-profit, or public sector, the date it was formed, what the mission and goals are, what areas of work it is involved in, how it is structured and /or types of goods and services it provides)/ Дайте характеристику организации, в которой Вы работаете в настоящее время (пожалуйста, укажите точно вид собственности – частная, некоммерческая или государственная, дату основания, цели и задачи, в какой сфере она работает, структуру и вид услуг, которые она предоставляет):

2. Please give a description of your specific responsibilities in the organization. This must include: your title; the name and title of the person whom you work; the name of the division or department for which you work; and its major function within the enterprise; how many employees report to you directly; some of the major problems you have encountered in your work and how you think this program might assist you with those problems; and, any other information you think would be of interest/Опишите свои должностные обязанности в Вашей организации. Это описание должно включать Вашу должность, имя и должность Вашего непосредственного начальника, название отдела или департамента, в котором Вы работаете и его функции в системе Вашей организации; сколько сотрудников находятся в Вашем подчинении, с какими трудностями Вы постоянно сталкиваетесь в своей работе, и каким образом данная стажировка поможет Вам решить эти проблемы. Вы можете также включить любую другую информацию, которую Вы считаете необходимой.

3. Describe your goals in coming to the United States for an internship program, and how these relate to your short-term and long-term career goals. /Какие задачи Вы ставите перед собой в связи со стажировкой в США? Как они относятся к краткосрочным и долгосрочным целям в Вашей карьере?

4. How do you plan to apply the knowledge you will gain on the SABIT training program to your work back home -- both in your company and the country as a whole? *What makes you a good candidate for this program*?/Как Вы планируете применить знания, полученные во время стажировки САБИТ на своем предприятии и в масштабах Вашей страны? *Какие качества делают Вас подходящим кандидатом на участие в данной программе?*

C. ***Rank each topic from 1 – 5, with 1 indicating NO INTEREST, and 5 indicating HIGH INTEREST, according to your professional needs and requirements. Please rank each topic carefully as this will determine program content and structure. (Please note, this list is not exhaustive. Please list other topics you are interested in.)/*** *Оцените каждую тему по шкале от 1 до 5 (1 означает «неинтересно», 5 «очень интересно»), исходя из ваших профессиональных потребностей и стандартов. Оценивая каждую тему, проявляйте особую тщательность, поскольку результаты оценки повлияют на содержание и структуру программы. (Просьба учесть, что список не является исчерпывающим. Пожалуйста, перечислите другие темы, представляющие для вас интерес.)*

General topics / Общие темы

- ❑ Hospital/clinic management structure / Структура управления поликлиникой/клиникой
- ❑ Education and training of personnel / Образование и обучение персонала
- ❑ Personnel management / Управление персоналом
- ❑ Relations between healthcare organizations and federal agencies / Взаимоотношения между медицинскими учреждениями и федеральными ведомствами
- ❑ Relations between healthcare organizations / Взаимоотношения между медицинскими учреждениями
- ❑ Doctors' and patients' rights / Права врачей и пациентов
- ❑ Quality and services improvement / Улучшение качества обслуживания
- ❑ Project management / Руководство проектами
- ❑ Other (Please specify) / Другое (пожалуйста, поясните) _____

Financial Management / Организация финансовой деятельности

- ❑ Budget allocation and associated laws / Распределение финансов и законы, регулирующие распределение финансов
- ❑ Federal Government support / Поддержка федерального правительства
- ❑ Budget control and management / Контроль и управление бюджетом
- ❑ Accounting systems, payroll, cost management / Бухгалтерский учёт, начисление зарплат управление расходами
- ❑ Business plan development / Разработка бизнес-планов
- ❑ Other (Please specify) / Другое (пожалуйста, поясните) _____

Innovation and Technology in Healthcare / Инновация и технологии в здравоохранении

- ❑ Ambulatory surgery centers / Центры амбулаторной хирургии (ЦАХ)
- ❑ Modeling and simulation in designing and constructing medical facilities / Моделирования в проектировании и строительстве медицинских помещений
  - ❑ Flexible approach to designing medical facilities / Гибкий подход к проектированию медицинских учереждений
- ❑ Development and distribution of new medical devices / Развитие и распространение медицинских устройств
- ❑ New pharmaceutical products and medicines / Новые фармацевтические/лекарственный препараты
- ❑ Telemedicine / Телемедицина
  - ❑ Distance monitoring / Удаленный мониторинг пациентов
  - ❑ Mobile health applications / Мобильные приложения
  - ❑ E-consults / Электронные консултации
- ❑ Electronic Medical Records / Электронные медицинские карты
- ❑ Healthcare payment models (ex.: Bundled payments) / Новые платёжные модели (на пример: совокупный платёж)

Medical Specialties / Медициские Услуги

- ❑ Primary care / Первичная медицинская помощь
- ❑ Laboratory services / Лабораторные услуги
- ❑ Pharmacy / Фармацевтические услуги
- ❑ Radiology and Imaging / Рентген

- ❑ Surgery / Хирургия
- ❑ Orthopedics / Ортопедия
- ❑ Rehabilitation / Реабилитация
- ❑ Oncology / Онкология
- ❑ Dermatology / Дерматология
- ❑ Ear Nose Throat / Лор услуги
- ❑ Ophthalmology / Офтальмология
- ❑ Cardiac care / Лечение сердечно-сосудистых заболеваний
- ❑ Neurology / Неврология
- ❑ Pediatrics / Педиатрия
- ❑ Gastroenterology / Гастроэнтерология
- ❑ Nephrology / Нефрология
- ❑ Obstetrics and Gynecology / Акушерство и гинекология
- ❑ Optometry / Оптометрия
- ❑ Joint replacement / Замена суставов
- ❑ Pulmonology / Пульмонология
- ❑ Behavioral Health / Психологическое здоровье
- ❑ Diabetes / Лечение диабета
- ❑ Other (Please specify) / Другое (пожалуйста, поясните) _____

Medical Insurance / Медицинское страхование

- ❑ Federal Government insurance programs (Medicare, Medicaid) / Федеральные страховые программы (Медикэйр, Медикайд)
- ❑ Private insurance companies & services / Частные страховые компании & услуги
- ❑ Relations between healthcare organizations and insurance companies / Взаимоотношения между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями
- ❑ Relations between doctors and insurance companies / Взаимоотношения между врачами и страховыми компаниями
- ❑ Other (Please specify) / Другое (пожалуйста, поясните) _____

List any other topics or areas that you would like your training to cover/Укажите другие темы, которые, по Вашему мнению, необходимо включить в программу обучения:

Describe the types of outpatient services you currently offer in your clinic or medical center. What future services are you planning to develop and how will this training help you towards your goal? / Пожалуйста, опишите виды амбулаторных услуг, предлагаемых в ваших медицинских учреждениях. Какие виды услуг вы планируете внедрить в будущем, и каким образом вам может помочь данная стажировка?

Please list U.S. medical equipment manufacturers you would like to meet with while on the program/Пожалуйста, перечислите американских производителей медицинского оборудования и материалов, с которым вы хотели бы встретиться во время стажировки.

Please provide information about specific projects, joint ventures, or business relationships you would like to develop with U.S. companies. In addition, please provide a short list of particular U.S. companies or organizations you would like to meet with./Укажите, планируете ли Вы начать совместные проекты или установить деловые отношения с американскими компаниями (Если Вам известны названия этих компаний, пожалуйста, назовите их).

LETTER OF AGREEMENT/ ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ:

I testify that the information submitted in this application is complete and accurate. I understand that providing false information on this application or during the interview will automatically disqualify me from participation in the SABIT program. If I am selected for participation in the program, and it is determined during the course of the training that any of the information provided in this application or during the interview was false, I understand that this would mean immediate dismissal from the program.

If selected, I agree to comply with all regulations of the program and all local and national laws of the United States.

I understand that while in the United States, I will be required to share my hotel room with one other individual from the training group (of the same sex). I understand that separate beds will be provided. I declare that this type of housing arrangement is satisfactory to me and presents no difficulties.

I understand that I will be provided with medical insurance to be used only for emergency situations and not for routine medical care or treatment for any pre-existing medical or dental condition. I further understand that I will be required to pay all deductibles and other miscellaneous expenses not covered by the insurance. I understand that I may purchase my own travel and/or health insurance before departing for the United States. If I choose to do so, this will act as additional coverage for me while I am on the SABIT program.

I understand that the U.S. visa obtained in connection with my SABIT program training is valid only for temporary training and is not valid for employment in the United States or for travel not related to the SABIT training. I declare my intent to return to my home country with the SABIT delegation at the end of my training as a SABIT program participant. I understand that returning to my country at the end of my internship is a condition of my participation in the SABIT program. I further understand that traveling outside of the United

States (for example, Canada or Mexico) is strictly prohibited and would be in violation of my U.S. visa and would mean immediate dismissal from the program. Travel to cities in the United States that are not part of the specific SABIT training program is strictly prohibited.

I understand that this program prohibits spouse and/or children to accompany SABIT participants to the United States.

I understand that the program will be interpreted into Russian.

If for any reason I must return home early, I understand that I must return the remainder of the stipend to the SABIT Program.

Я подтверждаю, что информация, изложенная мной в данной анкете, является полной и достоверной. Я понимаю, что предоставление в данной анкете или при последующем собеседовании ложной или искаженной информации автоматически дисквалифицирует меня из Программы САБИТ. Если меня выберут для участия в программе, и в ходе стажировки выяснится, что данные, предоставленные мною в настоящей анкете или в ходе интервью, недостоверны, я понимаю, что это будет означать немедленное исключение из Программы.

Если меня выберут, я согласен соблюдать и следовать всем условиям и правилам Программы САБИТ и всем местным и федеральным законам Соединенных Штатов Америки.

Я понимаю, что во время пребывания в США меня поселят в одном гостиничном номере с другим участником группы того же пола. Я понимаю, что кровати будут предоставлены отдельные. Я заявляю, что такая организация проживания является для меня приемлемой и не представляет никаких трудностей.

Я понимаю, что мне будет предоставлена медицинская страховка, которой я могу воспользоваться только в случае необходимости экстренной медицинской помощи. Этой страховкой нельзя пользоваться для профилактических осмотров, медицинских консультаций по поводу хронических заболеваний или стоматологии. Я также понимаю, что предоставляемая мне медицинская страховка не покрывает полную стоимость неотложной помощи, и я должен буду обеспечить частичную оплату предоставленных мне медицинских услуг и прочих связанных с этим расходов из собственных средств немедленно после получения соответствующего счета. Я понимаю, что могу заранее самостоятельно приобрести собственную (дополнительную) медицинскую страховку и/или полный страховой пакет для поездки за границу до вылета в США. Если такая страховка будет мною приобретена, то она будет являться дополнительным источником покрытия возможных расходов, связанных с экстренным обращением к врачу во время моей поездки по Программе САБИТ.

Я понимаю, что виза в США, полученная мной в связи со стажировкой САБИТ недействительна для трудоустройства в США или для поездок по США в города, не имеющие отношения к стажировке САБИТ. Я заявляю о своем намерении вернуться на родину вместе с делегацией САБИТ по окончании моей стажировки как ее участник. Я понимаю, что возвращение в страну моего гражданства по окончании стажировки является условием моего участия в программе САБИТ. Я также понимаю, что поездки за пределы США (например, в Канаду или Мексику) строго запрещены и будут квалифицированы как нарушение визового режима, что будет означать немедленное исключение из Программы. Поездки в другие города США, которые не являются частью рабочего расписания стажировки САБИТ, также строго запрещены.

Я понимаю, что программа категорически запрещает сопровождение участников их супругами и детьми во время поездки в/по США.

Я понимаю, что программа будет переводиться на русский язык.

Если по какой-либо причине мне придется вернуться домой раньше официального окончания стажировки, я понимаю, что до отъезда из США должен/должна буду вернуть Программе САБИТ суточные за оставшиеся дни.

_____ _____

(Date/Дата) (Signature/Подпись)