

Инструкции по подаче заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи

Настоящее заявление касается предоставления финансовой помощи (также известной как благотворительный уход) в **[hospital or system name]**.

Штат Вашингтон требует, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь лицам и семьям, которые отвечают определённым требованиям. Вы можете иметь право на обслуживание бесплатно или со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и дохода даже в том случае, если у вас есть медицинская страховка. **[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website]**.

Что покрывает финансовая помощь? Предоставляемая больницей финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые **[hospital/health system, clinics, etc]** в зависимости от вашего права на их получение. Финансовая помощь может не охватывать все медицинские расходы, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления: **[Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.]** Вы можете получить помощь по любой причине, включая инвалидность и проблемы с языком.

Для того, чтобы ваше заявление было принято к рассмотрению, вы обязаны:

- Предоставить нам информацию о своей семье**
Укажите количество членов семьи, проживающих в вашем доме (к семье относятся лица, являющиеся родственниками по рождению, в связи с браком или усыновлением и проживающие совместно).
- Предоставить нам информацию о валовом месячном доходе своей семьи (доходе до уплаты налогов и вычетов)**
- Предоставить документацию о доходе семьи и заявить об активах**
- При необходимости приложить дополнительную информацию**
- Подписать бланк и поставить дату**

Примечание: Вы не обязаны указывать свой номер социального страхования, чтобы подать заявление о предоставлении финансовой помощи. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить процесс рассмотрения вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «н/п».

Отправьте заполненное заявление со всей документацией по почте или факсу: **[Hospital name and address]**. Не забудьте сохранить у себя копию.

Чтобы передать заполненное заявление в личном порядке: **[Department/office, address, hours, phone]**

Мы сообщим вам об окончательном решении о вашем соответствии требованиям и правах на обжалование в течение 14 календарных дней после получения заполненного заявления о предоставлении финансовой помощи, включая документальное подтверждение доходов.

Отправив заявление о предоставлении финансовой помощи, вы даёте нам разрешение на проведение необходимого расследования с целью подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Просим подать заявление незамедлительно!
Пока мы не получим вашу информацию, вам могут прийти счета.**

**Бланк заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи -
конфиденциально**

Полностью указывайте всю информацию. Если ответ не применим, указывайте «Н/п». При необходимости приложите дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли вам переводчик? Да Нет Если Да, укажите предпочтительный язык: _____

Подал ли пациент заявление на Medicaid? Да Нет Может потребоваться подача заявления, прежде чем будет рассматриваться предоставление финансовой помощи

Предоставляются ли пациенту государственные услуги штата, такие как TANF, Basic Food или WIC? Да Нет

Является ли пациент бездомным в настоящее время? Да Нет

Связана ли потребность пациента в медицинском обслуживании с автомобильной аварией или производственной травмой? Да Нет

ПОМНИТЕ

- Мы не можем гарантировать ваше соответствие требованиям к предоставлению финансовой помощи даже в том случае, если вы подадите заявление.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительные сведения или документы, подтверждающие доходы.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документации мы известим вас, отвечаете ли вы требованиям к предоставлению помощи.

ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя пациента		Второе имя пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (по выбору*) <small>*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата</small>	
Лицо, отвечающее за оплату счёта		Отношение к пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (по выбору*) <small>*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата</small>	
Почтовый адрес				Основной контактный номер (номера)	
_____ _____				() _____ () _____	
Город	Штат	Почтовый индекс		Адрес электронной почты:	
Статус занятости лица, отвечающего за оплату счёта <input type="checkbox"/> Работает (дата трудоустройства: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (в течение какого времени: _____) <input type="checkbox"/> Владелец собственного бизнеса <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое (_____)					

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов семьи, проживающих в вашем доме, включая себя. Термин «семья» включает лиц, являющихся родственниками по рождению, в силу брака или усыновления и проживающих вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости приложите дополнительную страницу

ФИО	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если лицу 18 или более лет: Наименование работодателя(ей) или источник дохода	Если лицу 18 или более лет: Общий валовой месячный доход (до уплаты налогов):	Также подаёте заявление о финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать доход всех членов семьи. К числу источников дохода может относиться, например, следующее:

- Заработная плата
- Пособие по безработице
- Собственный бизнес
- Компенсация служащим, получившим травмы на работе
- Пособие по инвалидности
- Пособие социального обеспечения (SSI)
- Пособие на содержание ребёнка/супруга
- Программа «Учись и работай» (студенты)
- Пенсия
- Отчисления с пенсионного счёта
- Другое (поясните _____)

Бланк заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи -
конфиденциально

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению следует приложить документальное подтверждение доходов.

Вы обязаны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения финансовой помощи требуется проверка доходов.

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше обязаны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, то вы должны представить письменное подписанное заявление с описанием своего дохода. Приложите подтверждение в отношении каждого указанного источника дохода.

Примеры подтверждения дохода включают:

- Справка об удержанном налоге по форме «W-2».
- Текущие платёжные квитанции (**необходимый минимум, не более чем за 3 месяца**); или
- Налоговая декларация за прошлый год, включая в соответствующих случаях приложения; или
- Письменные подписанные заявления работодателей или других лиц; или
- Утверждение/отказ в отношении получения льгот Medicaid и(или) медицинской помощи за счёт средств штата; или
- Утверждение/отказ в отношении получения компенсации по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, приложите дополнительную страницу с пояснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное представление о вашей финансовой ситуации.

Месячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые выплаты	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____	<i>(пособие на содержание ребёнка, кредиты, лекарства, другое)</i>	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может использоваться в случае, если ваш доход на **101%** превышает установленный Федеральный уровень бедности.

Текущий остаток на чековом счету

\$ _____

Текущий остаток на сберегательном счету

\$ _____

Есть ли у вашей семьи другие такие активы?

Отметьте всё применимое

- Акции Облигации 401K Медицинский сберегательный счёт(а) Фонд(ы)
 Недвижимое имущество (исключая основное место жительства)
 Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если у вас имеется другая информация о вашей текущей финансовой информации, которую вы хотите довести до нас, например финансовые затруднения, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный характер доходов или личная утрата.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что [Hospital/system Name] может проверить информацию путём ознакомления с кредитными данными и получения информации из других источников с целью определения соответствия требованиям к предоставлению финансовой помощи или планам оплаты.

Я подтверждаю, что приведённая выше информация, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной финансовая информация является ложной, то это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и я, возможно, буду нести ответственность и иметь обязательство в отношении оплаты предоставленных услуг.

Подпись лица, подающего заявление _____

Дата _____