Инструкции по подаче заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи

Настоящее заявление касается предоставления финансовой помощи (также известной как благотворительный уход) в Samaritan Healthcare.

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

Что покрывает финансовая помощь? Предоставляемая больницей финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые Samaritan Healthcare 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: *Patient Financial Service (509) 793-9715.* 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 уплате налогов и вычетов)**
- □ **Предоставить документацию о доходе семьи**
- □ **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: Samaritan Healthcare, Attention: PFS 801 E Wheeler Rd., Moses Lake, WA 98837 or fax (509) 764-3244. Не забудьте сохранить у себя копию.

Чтобы передать заполненное заявление в личном порядке: Patient Financial Services 801 E Wheeler Rd., Moses Lake, WA 98837.

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.

SAMARITAN HEALTHCARE

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
□ Мужской □ Женский □ Другое (можете указать _____)	Дата рождения		Номер социального страхования пациента (по выбору*) **выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата*
Лицо, отвечающее за оплату счёта	Отношение к пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (по выбору*) **выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата*
Почтовый адрес _____ _____ Город Штат Почтовый индекс			Основной контактный номер (номера) ( ) _____ ( ) _____ Адрес электронной почты: _____

Статус занятости лица, отвечающего за оплату счёта

□ **Работает** (дата трудоустройства: _____) □ **Безработный** (в течение какого времени:_____)

□ **Владелец собственного бизнеса** □ **Студент** □ **Инвалид** □ **Пенсионер** □ **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 $_____ *(пособие на содержание ребёнка, кредиты, лекарства, другое)*

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 Samaritan Healthcare 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