

Инструкция по заполнению формы заявления на получение благотворительной медицинской/финансовой помощи

Это заявление на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная медицинская помощь) в Медицинском центре больницы Оверлэйк (ОНМС) и/или Медицинских клиниках Оверлэйк, ЛЛС (ОМС)

Штат Вашингтон требует от всех больниц предоставлять финансовую помощь людям и семьям, которые отвечают определенным требованиям к их доходу. Вы можете обладать правом на бесплатное медицинское обслуживание или на медицинское обслуживание по сниженным ценам на основании размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. *Ознакомиться с Правилами оказания финансовой помощи можно в интернете по адресу www.overlakehospital.org/financialpolicies*

Что покрывает финансовая помощь? Финансовая помощь покрывает соответствующие услуги, оказываемые ОНМС и/или ОМС, в зависимости от ваших прав на получение этой помощи. Финансовая помощь может не покрывать всех расходов на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставленные сторонними организациями.

Если у вас есть вопросы или вы нуждаетесь в помощи по заполнению этого заявления: Пожалуйста, свяжитесь с нашим Координатором по программе финансовой помощи по телефону 425-635-6239. Вы можете получить помощь по любой причине, включая инвалидность, а также помощь связанную с языковым переводом.

Для того, чтобы ваше заявление было рассмотрено, вы должны:

- Предоставить нам информацию о вашей семье**
Заполнить графу о количестве членов семьи в вашем доме (семья включает проживающих совместно людей, связанных в силу родства, брака или усыновления)
- Предоставить нам информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доходе до налогов и вычетов)**
- Предоставить документацию по доходу семьи**
- В случае необходимости приложить дополнительную информацию**
- Подписать заявление и поставить дату**

Примечание: Вы не обязаны сообщать ваш номер социального страхования, чтобы обратиться за получением финансовой помощи. Если вы предоставите нам ваш номер социального страхования, это поможет ускорить рассмотрение вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, пожалуйста, сделайте отметку “не применимо” или “NA”.

Заполненное заявление со всей документацией отправьте почтой или по факсу:

Медицинский центр больницы Оверлэйк
Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

Внимание: Отделение финансовых услуг пациентам
Вы можете воспользоваться приложенным конвертом с уже надпечатанным обратным адресом.
Убедитесь в том, что вы сохранили копию заявления для себя.

Мы уведомим вас об окончательном решении о наличии у вас права на получение льготной помощи, а также о ваших правах на обжалование этого решения, если это применимо, в течение 14 календарных дней со дня получения полностью заполненного заявления на финансовую помощь, включая документацию о доходе.

Подавая заявление на финансовую помощь, вы даете нам согласие на наведение необходимых справок с целью подтверждения финансовых обязательств и полученной информации.

**Мы хотим помочь. Пожалуйста, подавайте ваше заявление своевременно!
До тех пор, пока мы не получим вашу информацию, вы будете получать счета на оплату.**

Форма заявления на получение благотворительной медицинской/финансовой помощи – конфиденциально

Пожалуйста, заполните все необходимые поля. Если тот или иной вопрос не применим к вашей ситуации, сделайте отметку "NA." В случае необходимости приложите дополнительные страницы.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Нуждаетесь ли вы в переводчике? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, укажите предпочтительный язык: _____
Обращался ли пациент за получением помощи в рамках Медикэйд? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Возможно, придётся обратиться для того, чтобы заявление на получение финансовой помощи могло быть рассмотрено
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Относится ли потребность пациента в медицинской помощи к автомобильной аварии или несчастному случаю на работе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПОЖАЛУЙСТА, ИМЕЙТЕ В ВИДУ:

- Мы не можем гарантировать, что вы будете признаны имеющим право на получение финансовой помощи, даже если вы обратитесь с соответствующим заявлением.
- Как только вы подадите ваше заявление, мы можем проверить всю предоставленную вами информацию и можем запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документации, мы уведомим вас о том, обладаете ли вы правом на получение льготной помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя Пациента	Отчество Пациента	Фамилия Пациента
<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/> Иное (можете уточнить _____)	Дата рождения	Номер социального страхования (не обязательно*) <small>* необходимо для большей помощи, сверх установленной законодательством штата [???</small>
Лицо, ответственное за оплату счета	Отношение к пациенту	Дата рождения
Почтовый адрес	Номер социального страхования (не обязательно*) <small>* необходимо для большей помощи, сверх установленной законодательством штата [???</small>	
Город	Штат	Индекс
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета		Основной(ые) контактный(ые) номер(а) () _____ () _____
<input type="checkbox"/> Наемный работник (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (как давно без работы: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Иное (_____)		Электронный адрес: _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи в вашем доме, включая вас. "Семья" включает проживающих совместно людей, связанных в силу родства, брака или усыновления.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

В случае необходимости приложите дополнительную страницу

Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если возраст равен 18 или более лет: наниматель(ли) или источник дохода	Если возраст равен 18 или более лет: Совокупный валовый ежемесячный доход (до налогов):	Также обращается за получением финансовой помощи?
					Да / Нет

					Да / Нет
Необходимо раскрыть доход всех взрослых членов семьи. Источники дохода включают, например: - Зарплату - Пособие по безработице - Самозанятость - Пособие по нетрудоспособности - Инвалидность - SSI - Алименты на ребенка/от бывшего супруга - Образовательные программы (студенты) - Пенсию - Выплаты с пенсионного счета - Прочее (<i>поясните</i> _____)					

Форма заявления на получение благотворительной медицинской/финансовой помощи – конфиденциально

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

***ПОМНИТЕ:** Вы должны включить в ваше заявление подтверждение дохода.*

Вы должны предоставить информацию о доходе вашей семьи. Для установления наличия права на получение финансовой помощи необходимо подтверждение дохода.

Все члены семьи в возрасте 18 лет или старше должны раскрыть свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать письменное заявление за вашей подписью, раскрывающее ваш доход.

Пожалуйста, предоставьте подтверждение по каждому обозначенному источнику дохода.

Примеры подтверждения дохода включают:

- Форма "W-2"; или
- Корешки чеков на получение заработной платы (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация за прошедший год, включая приложения, если это применимо; или
- Подписанные письменные заявления от работодателей или иных лиц; или
- Одобрение/отказ в предоставлении Медикэйд и/или медицинской помощи, финансируемой из средств штата; или
- Одобрение/отказ в предоставлении компенсации по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или доход отсутствует, пожалуйста, приложите дополнительную страницу с пояснениями.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, приложите дополнительную страницу, если имеется другая информация о вашей текущей финансовой ситуации, которую вы бы хотели нам сообщить, такая как финансовые трудности, сезонный или временный доход или личный убыток.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что Медицинский центр больницы Оверлэйк/Медицинские клиники Оверлэйк ЛЛС могут проверять информацию путем ознакомления с кредитной информацией и получения информации из других источников, что необходимо для установления наличия права на получение финансовой помощи или на использование тех или иных планов оплаты.

Я подтверждаю, что изложенная выше информация, насколько мне это известно, достоверна и точна. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной информация является ложной, результатом станет отказ в предоставлении мне финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных мне услуг и от меня будет потребована эта оплата.

Подпись лица, подающего заявление

Дата