

Инструкция по заполнению заявки на благотворительную/финансовую помощь

Это заявка на получение финансовой помощи (иначе называемой благотворительной помощью) в региональном медицинском центре Kadlec.

Согласно федеральному закону и закону штата требуется, чтобы все больницы оказывали финансовую помощь людям и семьям, соответствующим определенным критериям в отношении доходов. Вы можете претендовать на бесплатное или льготное обслуживание в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и рекомендациями по скользящей шкале, перейдите на веб-сайт больницы по ссылке www.kadlec.org и нажмите «Pay Bill and Financial Assistance» (оплата счетов и финансовая помощь).

Что покрывает финансовая помощь? Медицинская финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, необходимые по медицинским показаниям и предоставляемые нашей больницей, в зависимости от соответствия вами определенным критериям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь по заполнению этой заявки: вы можете ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи, информацией о программах и материалах заявки на нашем веб-сайте или по телефону. Вы можете получить помощь по любому поводу, включая помощь в связи с ограниченными возможностями и помощь переводчика. Перевод письменных документов предоставляется по запросу. Вы можете связаться с нами следующим образом: перейти по ссылке www.kadlec.org и нажать «Pay Bill and Financial Assistance» (оплата счетов и финансовая помощь).

Представители службы поддержки: 855-367-1343 или 509-942-2626

Чтобы ваша заявка была обработана, вам необходимо сделать следующее.

- Предоставить нам информацию о вашей семье.**
Укажите количество членов вашей семьи (семья состоит из людей, связанных по рождению, браку или усыновлению, которые живут вместе).
- Предоставить нам информацию о совокупном месячном доходе вашей семьи (доход до уплаты налогов и отчислений), включая справки о начислении заработной платы, формы W-2, налоговые декларации, письма с указанием суммы социального пособия и т. п.** (больше примеров см. в разделе о доходах заявки на финансовую помощь).
- Предоставить документацию о семейном доходе и указать активы.**
- Приложить дополнительную информацию, при необходимости.**
- Поставить свою подпись и дату в заявке на финансовую помощь.**

Примечание. Вы не обязаны указывать номер социального страхования, чтобы подать заявку на финансовую помощь. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это ускорит обработку вашей заявки. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, поставьте отметку «нет данных» или «н/д».

Отправьте заполненную заявку вместе со всей документацией по адресу: Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352. Не забудьте сохранить копию для себя.

Чтобы подать заполненную заявку лично: обратитесь в кассу ближайшей больницы.

Мы сообщим вам об окончательном заключении относительно вашего соответствия и права на обжалование, если это применимо, в течение 14 дней с момента получения заполненной заявки на финансовую помощь, включая документацию о доходах.

Отправляя заявку на финансовую помощь, вы даете нам свое согласие на запрос необходимых сведений для подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим оказать помощь. Отправьте заявку в кратчайшие сроки!
Вы можете получать счета, пока мы не получим вашу информацию.**

Заявка на благотворительную/финансовую помощь — конфиденциально

Заполните всю информацию в полном объеме. Если пункт к вам не относится, впишите «н/д». Приложите дополнительные страницы, если это необходимо.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите предпочтительный язык:
Подавал ли пациент заявку в программу Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получает ли пациент государственные бесплатные услуги, например, TANF (программа оказания временной помощи нуждающимся семьям), основные продукты питания или WIC (программа помощи женщинам, младенцам и детям)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент бездомным в настоящее время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли необходимая пациенту медицинская помощь с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если подадите заявку.
- После того, как вы отправите заявку, мы можем проверить все сведения и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 14 дней после получения вашей заполненной заявки и документации мы сообщим вам, имеете ли вы право на помощь.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента		Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно*) <small>*Необязательно, но необходимо для получения более щедрой помощи, чем требуется законодательством штата.</small>
Лицо, ответственное за оплату счета	Связь с пациентом	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно*) <small>*Необязательно, но необходимо для получения более щедрой помощи, чем требуется законодательством штата.</small>
Почтовый адрес _____ _____			Основной номер (номера) телефона () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____
Город	Штат	Почтовый индекс	
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета <input type="checkbox"/> Трудоустроенный (дата приёма на работу: _____) <input type="checkbox"/> Нетрудоустроенный (сколько времени нетрудоустроенный: _____) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Нетрудоспособный <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи вашего домохозяйства, включая себя. К «семье» относятся люди, связанные по рождению, браку или усыновлению, которые живут вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

Приложите дополнительную страницу, если это необходимо.

Имя	Дата рождения	Связь с пациентом	Если возраст 18 лет и более: имя работодателя(-ей) или источник дохода	Если возраст 18 лет и более: общий совокупный ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Также подает заявку на финансовую помощь?
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет

Доход всех взрослых членов семьи должен быть указан. К источникам дохода относится, к примеру, следующее:

- Заработная плата - Отсутствие трудоустройства - Индивидуальное предпринимательство - Компенсационные выплаты работникам - Утрата трудоспособности - Пособие SSI - Пособие на ребенка/алименты - Программы «work study» (учись и работай) (учащиеся) - Пенсия - Распределение пенсионных счетов - Другое (укажите _____)

Заявка на благотворительную/финансовую помощь — конфиденциально

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

ПОМНИТЕ! Вы должны приложить подтверждение дохода к вашей заявке.

Вы должны предоставить информацию о доходах вашей семьи. Проверка дохода необходима для заключения о финансовой помощи.

Все члены семьи возрастом 18 лет и старше должны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать письменное подписанное заявление с описанием вашего дохода. Предоставьте подтверждение для каждого указанного источника дохода.

К примерам подтверждения дохода относится следующее:

- выписка об удержании «W-2»; или
- актуальные справки о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- декларация о подоходном налоге за последний год, включая добавочные листы; или
- письменные подписанные заявления от работодателей или других лиц; или
- одобрение/отказ в праве на участие в программе Medicaid и/или на получение медицинской помощи, финансируемой государством; или
- одобрение/отказ в праве на получение пособия по безработице.

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

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию, чтобы получить более полное представление о вашем финансовом положении.

Ежемесячные расходы на домашнее хозяйство:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Прочие долговые обязательства/расходы	\$ _____	(алименты, кредиты, лекарственные препараты, другое)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает 101 % от федерального уровня бедности.

Текущий счет в банке

\$ _____

Текущий сберегательный счет

\$ _____

Есть ли у вашей семьи другие активы?

Отметьте все соответствующие пункты

Акции Облигации План 401K медицинский сберегательный счет (счета) Траст(-ы) Недвижимость (за исключением основного места жительства) Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если существует другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личная потеря.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что региональный медицинский центр Kadlec может проверять сведения, просматривая кредитную информацию и получая данные из других источников, чтобы способствовать определению права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной согласно моей осведомленности. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация будет признана ложной, это может повлечь отказ в финансовой помощи и я могу нести ответственность за оказанные услуги и ожидать за них оплаты.

Подпись лица, подающего заявку _____

Дата _____