

# Финансовая помощь

## Инструкции по заполнению бланка заявления

Данный документ представляет собой заявление на получение финансовой помощи (также именуемой «благотворительное обслуживание») в PeaceHealth.

В соответствии с требованиями законодательства штата и федерального законодательства PeaceHealth предоставляет финансовую помощь лицам и семьям, которые соответствуют определенным критериям в отношении доходов. Вы можете иметь право на бесплатное обслуживание или обслуживание по сниженной стоимости в зависимости от размера и дохода вашей семьи, даже если у вас есть медицинская страховка. Для ознакомления с политикой PeaceHealth в отношении финансовой помощи и получения дополнительной информации посетите веб-сайт [peacehealth.org](http://peacehealth.org).

**Что оплачивается по программе финансовой помощи?** Больничная финансовая помощь помогает оплатить соответствующие услуги больницы, оказываемые PeaceHealth, в зависимости от вашего соответствия критериям на ее получение. В рамках программы финансовой помощи могут покрываться не все расходы на медицинское обслуживание, в том числе на услуги, оказываемые другими организациями.

**Если у вас возникли вопросы или вам необходима помощь в заполнении заявления:** обратитесь в Отдел обслуживания пациентов по телефону 877-202-3597. Вам помогут решить любой вопрос, в том числе касающийся инвалидности или языковой поддержки.

**Для того чтобы ваше заявление было рассмотрено, необходимо:**

- предоставить информацию о членах семьи; указать количество членов семьи, проживающих вместе с вами (семья включает в себя кровных родственников, супругов и усыновленных детей, проживающих в одном жилом помещении);
- предоставить нам информацию об общем ежемесячном доходе вашей семьи (доход до уплаты налогов и вычетов);
- представить документацию, подтверждающую доход семьи, и декларацию об активах;
- приложить любую необходимую информацию;
- подписать бланк и указать дату.

**Примечание. Вы не обязаны предоставлять**

**номер полиса социального страхования, чтобы подать заявление на получение финансовой помощи.** Если вы предоставите нам номер своего полиса социального страхования, то это может ускорить обработку вашего заявления. Номера полисов социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера полиса социального страхования, поставьте отметку в поле «нет данных» или «Н/Д».

**Отправьте заполненный бланк заявления почтой или по факсу вместе со всеми документами на адрес:** PeaceHealth Patient Financial Services, 1115 SE 164th Ave. Dept 334 (FAP) Vancouver, WA 98683. Факс: 360-729-3047. Обязательно сохраните копию для себя.

**Для того чтобы подать заявление лично:**

Свяжитесь с Отделом обслуживания пациентов, чтобы узнать адрес ближайшего пункта подачи заявлений, по телефонам 877- 202-3597.

Мы сообщим вам о принятии окончательного решения о вашем праве на участие в программе и правах на апелляцию решения, если необходимо, в течение 14 дней с момента получения заполненного заявления на получение финансовой помощи вместе с документами, подтверждающими доход.

Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы соглашаетесь на то, что мы можем отправлять соответствующие запросы на подтверждение ваших финансовых обязательств и прочих сведений.

Мы хотим помочь. Не медлите с заполнением заявления!  
До тех пор пока мы не получим ваше заявление, вы можете продолжать получать счета.



# Бланк заявления на получение финансовой помощи PeaceHealth - КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Укажите всю требуемую информацию. Если вопрос не имеет к вам отношения, укажите «Н/Д». Приложите дополнительные листы, если необходимо.

## СВЕДЕНИЯ ДЛЯ СОРТИРОВКИ

- Вам нужен переводчик?  Да  Нет Если «да», укажите язык: \_\_\_\_\_
- Пациент подавал заявление на участие в программе Medicaid?  Да  Нет *Может быть необходимо для рассмотрения заявления на получение финансовой помощи*
- Пациент является получателем социальной помощи со стороны штата, например услуг по «Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям» (TANF), Основных продуктов питания и продуктов, услуг по «Программе для женщин и детей из семей с недостаточным доходом» (WIC)?  Да  Нет
- Пациент в настоящее время является бездомным?  Да  Нет
- Необходимость в медицинском обслуживании пациента связана с автомобильной аварией или производственной травмой?  Да  Нет

## ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать ваше соответствие критериям получения финансовой помощи, даже если вы подали заявление.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и попросить вас предоставить дополнительные сведения или документы, подтверждающие доход.
- В течение 14 календарных дней после получения заполненного заявления и сопроводительной документации мы уведомим вас о том, соответствуете вы критериям участия в программе или нет.

## ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента	Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Other May Specify: _____	Дата рождения	Номер полиса социального страхования <i>Необязательный</i>	
Лицо, ответственное за уплату по счету	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер полиса социального страхования <i>Необязательный</i>
Почтовый адрес			Основной контактный номер телефона (____) _____ (____) _____ Адрес электронной почты: _____
Город	Штата	Почтовый индекс	

Статус занятости лица, ответственного за уплату по счету

- Трудоустроен(-а) Дата трудоустройства: \_\_\_\_\_  Безработный(-ая) Период времени в статусе безработного(-ой): \_\_\_\_\_
- Самозанятый  Учащийся  Инвалид  Пенсионер  Другое:

## СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов семьи, проживающих вместе с вами, а также себя.

«Семья» включает в себя кровных родственников, супругов или усыновленных детей, проживающих вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_

Воспользуйтесь графой «Дополнительная информация о семье» на стр. 4, если необходимо

Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если в возрасте 18 лет и старше: Наименование работодателя или источник дохода	Если в возрасте 18 лет и старше: Общий ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Данное лицо также является заявителем на получение финансовой помощи?

Обязательно укажите доход всех взрослых членов семьи. Примерами источников дохода являются:

- Заработная плата ■ Пособие по безработице ■ Самостоятельная занятость ■ Компенсация рабочим ■ Пособие по инвалидности ■ SSI (Программа дополнительной помощи для людей с ограниченным доходом) ■ Алименты на жену / детей Программы ■ «Учись и работай» (учащимся) ■ Пенсия
- Распределенная прибыль с пенсионного счета ■ Другое Укажите подробнее: \_\_\_\_\_

## СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** Вы обязаны приложить к заявлению документацию, подтверждающую доходы.

Обязательно предоставьте информацию о доходах вашей семьи. Подтверждение дохода необходимо для установления права на получение финансовой помощи.

**Все члены семьи 18 лет и старше обязаны раскрыть свои доходы. Если вы не можете предоставить документацию, то можете приложить подписанное письменное заявление с описанием вашего дохода. Предоставьте документы, подтверждающие получение дохода из всех указанных вами источников. Примерами документации, подтверждающей доход, являются:**

- Выписка об удержании налогов из формы "W-2"; или
- Последние квитанции о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация о доходах за последний год, включая приложения, если применимо; или
- Подписанное письменное заявление от работодателей или других лиц; или
- Утверждение / отказ в праве на участие в программе Medicaid и (или) финансируемых государством программах медицинской помощи; или
- Утверждение / отказ в праве на пособие по безработице.

Если у вас нет документации, подтверждающей доход, или отсутствуют доходы, то приложите дополнительный листок с разъяснениями.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АКТИВАХ

Данная информация может быть использована, если ваш доход превышает 200 % от федерального прожиточного минимума.

Остаток на текущем банковском счете

\$ \_\_\_\_\_

Остаток на сберегательном банковском счете

\$ \_\_\_\_\_

Ваша семья обладает указанными прочими активами?

(отметьте все применимые варианты)

- Акции       Облигации       401К (накопительный пенсионный счет)       Медицинские сберегательные счета  
 Трастовые фонды       Недвижимость (исключая основное жилое помещение)       Доля во владении компанией

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Воспользуйтесь данной дополнительной страницей, чтобы указать прочую информацию о вашей текущей финансовой ситуации, если вы считаете ее необходимой, например о финансовых трудностях, крупных медицинских расходах, сезонном или временном доходе, личной утрате.

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что PeaceHealth может проверить информацию путем сверки со сведениями о моей кредитоспособности или с информацией из других источников, чтобы установить мое право на получение финансовой помощи или рассрочки платежей.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и точной. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной информация является ложной, то мне будет отказано в финансовой помощи, и я буду нести финансовую ответственность за оплату оказанных мне услуг.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

# Бланк заявления на получение финансовой помощи PeaceHealth - КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

## СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ. ПРОДОЛЖЕНИЕ (ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)

Укажите членов семьи, проживающих вместе с вами, а также себя.

«Семья» включает в себя кровных родственников, супругов или усыновленных детей, проживающих вместе.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

Воспользуйтесь графой «Дополнительная информация о семье» на стр. 4, если необходимо

Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если в возрасте 18 лет и старше: Наименование работодателя или источник дохода	Если в возрасте 18 лет и старше: Общий ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Данное лицо также является заявителем на получение финансовой помощи?

**Обязательно укажите доход всех взрослых членов семьи. Примерами источников дохода являются:**

Заработная плата ■ Пособие по безработице ■ Самостоятельная занятость ■ Компенсация рабочим ■ Пособие по инвалидности ■ SSI (Программа дополнительной помощи для людей с ограниченным доходом) ■ Алименты на жену / детей Программы ■ «Учись и работай» (учащимся) ■ Пенсия  
■ Распределяемая прибыль с пенсионного счета ■ Другое *Укажите подробнее:* \_\_\_\_\_

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Воспользуйтесь данным разделом, чтобы указать прочую информацию о вашей текущей финансовой ситуации, если вы считаете ее необходимой, например о финансовых трудностях, крупных медицинских расходах, сезонном или временном доходе, личной утрате.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---