

Инструкции по заполнению формы заявления на финансовую помощь

Настоящая форма является заявлением на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная помощь) от PeaceHealth.

PeaceHealth предоставляет финансовую помощь отдельным лицам и целым семьям, отвечающим определенным требованиям в отношении дохода, в соответствии с федеральными законами и законами штата. Вы можете претендовать на получение бесплатного или льготного медицинского обслуживания в зависимости от размера вашей семьи и уровня дохода, даже если у вас есть медицинская страховка.

Чтобы ознакомиться с Политикой финансовой помощи (Financial Assistance Policy, FAP) PeaceHealth и дополнительными сведениями, посетите веб-страницу peacehealth.org.

Что покрывает финансовая помощь?

Финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые PeaceHealth, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Однако она может покрывать не все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас возникли какие-либо вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления, позвоните в службу поддержки клиентов (Customer Service, CS) по номеру 877-202-3597. Вы можете получить любую помощь, в т. ч. языковую и помощь для людей с ограниченными возможностями.

Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вам необходимо выполнить нижеперечисленное.

- Предоставить нам информацию о своей семье.
- Указать количество членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве (семья определяется как группа лиц, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые живут вместе).
- Предоставить нам информацию об общем ежемесячном доходе семьи (доход до вычета налогов и отчислений).
- Предоставить документацию, подтверждающую уровень дохода семьи.
- Предоставить дополнительную информацию при необходимости.
- Подписать форму и поставить дату.

Примечание. Чтобы подать заявление на получение финансовой помощи, не требуется указывать номер социального страхования (Social Security Number, SSN). Но если вы его предоставите, это ускорит процесс рассмотрения вашего заявления. Номер социального страхования используется для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, поставьте отметку Not applicable (Не применимо) или NA.

Отправьте заполненное заявление со всей документацией по почте, электронной почте или факсу, воспользовавшись указанной далее контактной информацией. Почта: PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Электронная почта: financialassistance@peacehealth.org. Факс: (360) 729-3047. Обязательно сохраните копию для себя.

Кроме того, вы можете подать заполненное заявление лично. Для этого позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 877-202-3597 и узнайте адрес ближайшего отделения, где можно подать заявление.

Мы уведомим вас об окончательном решении касательно вашего соответствия критериям для получения финансовой помощи и права на обжалование (в соответствующем случае) в течение 14 календарных дней с момента получения заполненного заявления, в т. ч. документации, подтверждающей уровень дохода.

Подаявая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на направление нами необходимых запросов для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Мы хотим вам помочь. Подача заявления должна осуществляться своевременно. Вам могут приходить счета, пока мы не получим необходимую информацию.

Форма заявки на получение финансовой помощи от PeaceHealth (КОНФИДЕНЦИАЛЬНО)

Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Если вопрос не имеет к вам отношения, укажите «Н/П». При необходимости приложите дополнительные страницы.

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПОЧТОЙ ПО АДРЕСУ: PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СКРИНИНГА

Вам нужны услуги переводчика? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите язык: _____

Получает ли пациент общественные услуги штата по таким программам, как Medicaid, Программа временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Basic Food или Программа специального дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) ☐ Да ☐ Нет

Является ли пациент бездомным в настоящее время? ☐ Да ☐ Нет

Связана ли необходимость медицинской помощи пациенту с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет

ПОМНИТЕ

- Подача заявления не гарантирует вашего права на получение финансовой помощи.
- Получив ваше заявление, мы можем проверить всю информацию и попросить вас предоставить дополнительные сведения или документацию о доходах.

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 уточнить:	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения
		Примечание. Чтобы подать заявление на получение финансовой помощи, не требуется указывать номер социального страхования.
Почтовый адрес	Основной телефонный номер (номера) _____) _____ _____) _____	
Город	Штат	Почтовый индекс
		Адрес электронной почты:

Статус занятости лица, ответственного за оплату счета

☐ Трудоустроен Дата трудоустройства: _____

☐ Безработный Как долго: _____

☐ Самозанятый

☐ Учащийся

☐ Инвалид

☐ Пенсионер

☐ Другое: _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите количество членов семьи, проживающих в вашем доме. Под «семьей» подразумевается группа проживающих вместе лиц, связанных кровным родством, браком или усыновлением. **РАЗМЕР СЕМЬИ** _____ При необходимости воспользуйтесь дополнительным листом бумаги.

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц, которым исполнилось 18 лет: Место работы или источник дохода	Для лиц, которым исполнилось 18 лет: Общий ежемесячный доход (до налогообложения):	Подается также заявление на получение финансовой помощи?

Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи и приложить его подтверждение к заполненному заявлению. Примеры источников дохода:

☐ Гонорар ☐ Пособие по безработице ☐ Доход от самозанятости ☐ Зарплата ☐ Пособие по инвалидности

☐ Социальное страхование ☐ Алименты на содержание супруга(-и)/ребенка ☐ Программы «Учись и работай» (для учащихся) ☐ Пенсия

☐ Выплаты из пенсионного счета ☐ Другое Уточните: _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если есть прочая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например о финансовых трудностях, чрезмерных расходах на медицинское обслуживание, сезонном или временном доходе либо личной утрате, укажите ее на дополнительных страницах.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

- Я понимаю, что PeaceHealth может проверить информацию путем пересмотра сведений о моей кредитоспособности или запроса информации из других источников с целью определения соответствия критериям получения финансовой помощи или планов оплаты.
- Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что в случае выявления недостоверности указанной мною информации мне будет отказано в предоставлении финансовой помощи и я буду вынужден(-а) оплатить оказанные мне услуги.
- Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы разрешаете нам направить необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Если у вас возникли какие-либо вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 800-397-2418. Вы можете получить любую помощь, в том числе языковую и помощь для людей с ограниченными возможностями. Чтобы ознакомиться с Политикой финансовой помощи (Financial Assistance Policy) PeaceHealth и дополнительными сведениями, посетите сайт peacehealth.org.

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПОЧТОЙ ПО АДРЕСУ: PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632