

Інструкції щодо подачі форми заявки на фінансову допомогу

Це заявка на отримання фінансової допомоги (також відомої як благодійна допомога) у PeaceHealth.

PeaceHealth надає фінансову допомогу відповідно до вимог штату й федерального законодавства особам і родинам, які відповідають певним вимогам щодо рівня матеріального забезпечення. Ви можете претендувати на безкоштовну й пільгову медичну допомогу залежно від розміру родини й рівня доходів, навіть якщо у вас є медична страховка.

Ознайомитися з Політикою фінансової допомоги (Financial Assistance Policy, FAP) PeaceHealth і додатковою інформацією можна на сайті peacehealth.org.

На що поширюється фінансова допомога?

Фінансова допомога покриває відповідні лікарняні послуги, які надає PeaceHealth, залежно від того, чи відповідаєте ви необхідним критеріям. Фінансова допомога може покривати не всі медичні витрати, зокрема послуги, що надаються іншими організаціями.

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заявки: зверніться в службу підтримки (Customer Service, CS) за номером 877-202-3597. Ви можете отримати будь-яку допомогу, зокрема мовну підтримку й допомогу для людей з обмеженими можливостями.

Щоб вашу заявку було розглянуто, ви повинні виконати вказані нижче дії:

- Надати нам інформацію про свою родину.
- Зазначити кількість членів вашої родини, тобто людей, які пов'язані між собою кровною спорідненістю, шлюбом або усиновленням і які проживають разом.
- Надати нам інформацію про валовий місячний дохід родини (дохід до сплати податків і відрахувань).
- Надати документи про доходи родини.
- За потреби надати додаткову інформацію.
- Підписати заявку й поставити на ній дату.

Примітка. Під час подання заявки на отримання фінансової допомоги вам не обов'язково надавати номер соціального страхування (Social Security Number, SSN). Однак якщо ви це зробите, вашу заявку буде оброблено швидше. Нумери соціального страхування використовуються для перевірки наданої нам інформації. Якщо у вас немає номера соціального страхування, поставте позначку Not applicable (Не застосовно) або N/A.

Надішліть поштою, електронною поштою або факсом заповнену заявку з усіма документами на цю адресу:

PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Електронна пошта: financialassistance@peacehealth.org. Факс: (360) 729-3047. Не забудьте зберегти копію для себе.

Щоб особисто подати заповнену заявку: зверніться в службу підтримки клієнтів за номером 877-202-3597 і дізнайтеся про найближчий пункт прийому документів.

Ми повідомимо вас про остаточне рішення щодо відповідності вимогам і права на апеляцію, якщо такі є, протягом 14 календарних днів після одержання повної заявки на отримання фінансової допомоги, включно з документальним підтвердженням доходу.

Подаючи заявку на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на те, щоб ми зробили необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань і інформації.

Ми хочемо вам допомогти. Будь ласка, подавайте заявки вчасно! Вам можуть надходити рахунки, доки ми не отримаємо вашу інформацію.

Форма заявки на отримання фінансової допомоги від PeaceHealth — **КОНФІДЕНЦІЙНО**
Будь ласка, дайте відповіді на кожне запитання. Якщо запитання не стосується вас, залиште позначку «НА»
(Не застосовно). За потреби додайте додаткові сторінки.

БУДЬ ЛАСКА, НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ НА АДРЕСУ: PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

Номер поручителя

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПЕРЕВІРКУ

Чи потрібні вам послуги перекладу? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, зазначте потрібну мову: _____

Чи користується пацієнт державною соціальною допомогою, як-от Medicaid, TANF, Basic Food або WIC? (НА ВИБІР) ☐ Так ☐ Ні

Чи є пацієнт на даний момент безхатченком? Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією або виробничою травмою? ☐ Так ☐ Ні

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, навіть якщо ви подасте заявку.
- Після того як ви надішлете свою заявку, ми перевіримо всю інформацію та можемо попросити вас надати додаткову інформацію або підтвердження доходу.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	Ім'я по батькові пацієнта	Прізвище пацієнта
☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (уточніть):	Дата народження	Номер соціального страхування (не обов'язково)
Особа, відповідальна за оплату рахунків	Ким доводиться пацієнту	Дата народження
Примітка. Вам не потрібно надавати номер соціального страхування, щоб подати заявку на отримання фінансової допомоги		
Поштова адреса		
Місто	Штат	Поштовий індекс
Основний(-і) контактний(-і) номер(-и) телефону		
Адреса електронної пошти:		

Трудовий статус особи, відповідальної за оплату рахунка

☐ Працевлаштований(-а) Дата працевлаштування:

☐ Самозайнятий(-а) ☐ Студент ☐ Особа з інвалідністю

☐ Безробітний(-а) Як давно:

☐ Пенсіонер

☐ Інше:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РОДИНУ

Зазначте членів своєї родини, включно з вами. Родина — це люди, які пов'язані між собою народженням, шлюбом або усиновленням і проживають разом **СКЛАД РОДИНИ** Використовуйте додаткові аркуші, якщо необхідно.

Ім'я та прізвище	Дата надання	Ким доводиться пацієнту	Якщо вам виповнилося 18 років або більше: Інформація про роботодавців або джерело доходу	Якщо вам виповнилося 18 років або більше: Сукупний ВАЛОВИЙ місячний дохід (до сплати податків):	Також подаєте заявку на фінансову допомогу?

Доходи всіх повнолітніх членів родини повинні бути вказані та підтверджені документально разом із заповненою заявкою. Приклади джерел доходу включають:

- Заробітна плата
- Допомога з безробіття
- Самозайнятість
- Компенсації працівникам
- Допомога з інвалідності
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Допомога на дітей / подружжя
- Робочі навчальні програми (для студентів)
- Пенсія
- Виплати з пенсійних рахунків
- Інші Поясніть, будь ласка:

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Будь ласка, скористайтеся додатковими аркушами, якщо ви хочете повідомити нам додаткову інформацію про свою поточну фінансову ситуацію, наприклад фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонний або тимчасовий дохід або особисту втрату.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

- Я розумію, що PeaceHealth може перевіряти інформацію, вивчаючи кредитну історію та отримуючи інформацію з інших джерел, щоб допомогти у встановленні права на отримання фінансової допомоги або платіжних планів.
- Я підтверджую, що вищенаведена інформація є достовірною та відповідає дійсності, наскільки це мені відомо. Я розумію, що якщо надана мною інформація буде визнана неправдивою, мені буде відмовлено у фінансовій допомозі та я нестиму відповідальність за надані послуги та буду зобов'язаний(-а) їх оплатити.
- Подаючи заявку на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на те, щоб ми зробили необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

Підпис особи, яка подає заявку

Дата

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заявки, зверніться до служби підтримки за номером 877-202-3597. Ви можете отримати допомогу з будь-якої причини, зокрема мовну підтримку або допомогу у зв'язку з інвалідністю.

Ознайомитися з Політикою фінансової допомоги PeaceHealth та додатковою інформацією можна на сайті peacehealth.org.

БУДЬ ЛАСКА, НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ НА АДРЕСУ: PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632