

Инструкции по заполнению формы заявки на получение благотворительной/финансовой помощи

Это заявление на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная помощь) Регионального медицинского центра Kadlec Regional Medical Center.

Федеральное законодательство и законы штата требуют, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь людям и семьям, которые соответствуют определенным требованиям к уровню дохода. Вы можете претендовать на бесплатное или льготное обслуживание (оба варианта будут рассмотрены в этом общем заявлении) в зависимости от размера вашей семьи и уровня дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и указаниями по скользящей шкале, перейдите на веб-сайт больницы www.kadlec.org.

Что покрывает финансовая помощь? Медицинская финансовая помощь покрывает необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые одной из наших больниц или клиник нашей группы компаний, в зависимости от наличия у вас соответствующего права. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением этого заявления: Наши правила предоставления финансовой помощи, информация о программах и материалы заявки доступны на нашем веб-сайте или по телефону. Вы можете получить любую помощь, включая помощь в связи с особыми потребностями или языковую помощь. Переведенные письменные документы доступны по запросу.

Связь с нами: www.kadlec.org

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

Пн-Пт, 8:00 – 17:00

Для того, чтобы ваше заявление было обработано:

☐ **Предоставьте нам информацию о своей семье**

Укажите количество членов семьи в вашем домашнем хозяйстве (семья включает проживающих вместе людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением) Если вы проживаете в Калифорнии, ваше домохозяйство или семья определяются таким образом: если пациенту 18 лет и больше, семья включает супруга, супругу, гражданского партнера и всех детей-иждивенцев в возрасте до 21 года или любого возраста в случае инвалидности, независимо от того, проживают они дома или нет. Если пациенту меньше 18 лет или он является ребенком-иждивенцем в возрасте от 18 до 20 лет, семья включает родителей, родственников, ухаживающих за ребенком, а также других иждивенцев родителей или родственников, осуществляющих уход, в возрасте до 21 года или любого возраста в случае их инвалидности.

☐ **Предоставьте нам информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доход до уплаты налогов и отчислений), включая справки о зарплате или налоговые декларации, или другую информацию о доходах (например, формы W-2, письма о социальном обеспечении), а также справки о доходах, полученных от активов.¹ (см. примеры в разделе «Доходы» заявления о предоставлении финансовой помощи)**

☐ **При необходимости приложите дополнительную информацию**

☐ **Поставьте подпись и дату в форме заявления на получение финансовой помощи**

Примечание: Вам не нужно указывать номер социального страхования, чтобы подать заявление на получение финансовой помощи. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, он может быть использован для вашей идентификации или проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, отметьте «неприменимо» или «Н/П». Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352 UNITED STATES OF AMERICA. Обязательно сохраните копию для себя.^{507846221.4}



Чтобы подать заполненное заявление лично: Отнесите его в ближайший офис финансового консультанта больницы. Мы уведомим вас об окончательном определении права на получение финансовой помощи и прав на апелляцию, если это применимо, в течение 14 дней после получения заполненного заявления на получение финансовой помощи, включая документацию о доходах.

Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы подали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

За исключением случаев, когда это может быть запрещено законодательством штата, Kadlec будет собирать и рассматривать информацию, касающуюся активов, в соответствии с требованиями Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) для составления отчетов о расходах Medicare. Это относится только к тем бенефициарам программы страхования Medicare, у которых нет страховки Medicaid. Для всех остальных предоставление информации, касающейся активов, необязательно.

506318055.3

Мы хотим помочь. Просим в оперативном порядке подать заявление. Вы можете продолжать получать счета до тех пор, пока мы не получим ваше заполненное заявление и необходимую документацию, если это не запрещено законами вашего штата о благотворительной помощи.

Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи (конфиденциально)

Просим указывать полную информацию. Если это не применимо, напишите "Н/П". При необходимости приложите дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите предпочтительный язык:
Подавал ли пациент заявление в Medicaid? ☐ Да ☐ Нет Пациент слепой? ☐ Да ☐ Нет Является ли пациент инвалидом? ☐ Да ☐ Нет
Получает ли пациент государственные услуги в штате в рамках таких программ как программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF), программа питания Basic Food или федеральная программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC)? ☐ Да ☐ Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? ☐ Да ☐ Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать вам право на получение финансовой помощи, даже если вы подадите заявление.
- После того, как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение источника дохода.
- В течение 14–30 дней после того, как мы получим ваше заполненное заявление и документацию, мы сообщим вам о своем решении.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Второе имя пациента		Фамилия пациента	
☐ Мужчина ☐ Женщина ☐ Другое (укажите _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно)	
Лицо, ответственное за оплату счета		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)	
Почтовый адрес				Основной(-ые) контактный(-ые) номер(-а)	
_____ _____				() _____ () _____	
Город	Штат	Почтовый индекс		Адрес эл. почты:	
		Страна			
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета					
☐ Работает (дата приема на работу): _____ ☐ Безработный (как долго безработный:) _____					
☐ Самостоятельная работа ☐ Студент ☐ Инвалид ☐ Пенсионер ☐ Другое _____					

Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи (конфиденциально)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая себя. «Семья» предполагает проживающих вместе людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____ При необходимости, приложите дополнительную страницу

Ф.И.О.	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц в возрасте 18 лет и старше: Работодатель(-и) или источник дохода	Для лиц в возрасте 18 лет и старше: Общий валовой ежемесячный доход (до вычета налогов):	Также подает заявление на получение финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. К источниками дохода, помимо прочего, относятся:

Заработная плата - Пособие по безработице - Доход от самозанятости - Компенсация работника - Пособие по инвалидности - Дополнительный социальный доход - Алименты ребенка/супруга - Рабочие программы во время учебы (студенты) - Доход, полученный от активов, например, акций, облигаций, индивидуального пенсионного счета, взаимных фондов, доход от аренды и т. д.



Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи (конфиденциально)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

ПОМНИТЕ: К заявлению необходимо приложить подтверждение дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения финансовой помощи требуется подтверждение дохода. Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны предоставлять информацию о своем доходе. Если вы не можете предоставить письменное подписанное заявление с описанием ваших доходов, предоставьте доказательства по каждому указанному источнику дохода. Примеры доказательств источника дохода:

- Отчет об удержании налога с источника дохода «W-2»; или
- Актуальные платежные ведомости (за 3 месяца); или
- Декларация о подоходном налоге за прошлый год с приложениями, если применимо; или
- Подписанные письменные заявления от работодателей или других лиц;
- Отчеты о доходах, полученных от активов (кции, облигации, индивидуальный пенсионный счет, взаимные фонды и т. д.);
- Одобрение/отказ в пособии по безработице.

Если у вас нет подтверждения или самого дохода, пожалуйста, приложите дополнительную страницу с объяснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

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

Ежемесячные расходы на жизнеобеспечение:

Аренда/ипотека \$ _____ Медицинские расходы \$ _____
Медицинские страховые премии \$ _____ Коммунальные услуги \$ _____
Прочая задолженность / Расходы \$ _____ (алименты, кредиты, медикаменты, другое)

ИНФОРМАЦИЯ И ДОКУМЕНТАЦИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ АКТИВОВ

Текущий баланс текущего счета (см. ниже, чтобы узнать, нужно ли вам предоставлять банковскую выписку*)
(долл. США) _____

сберегательного счета
(долл. США) _____

☐ Общий баланс

Есть ли у вашей семьи другие активы? **Отметьте все подходящие варианты**

☐ Нет активов

☐ Акции ☐ Облигации

☐ Пенсионный план 401K

☐ Счет(а) медицинских сбережений

У тех бенефициаров программы страхования Medicare, у которых нет страховки Medicaid, Kadlec может попросить предоставить выписки с банковского счета или аналогичную исходную документацию.

* Предоставление этой информации обязательно только для тех бенефициаров программы страхования Medicare, у которых нет страховки Medicaid. Для всех остальных предоставление информации, касающейся активов, необязательно. Эта информация может использоваться только в соответствии с нашей политикой и законодательством штата, в котором вы получали лечение; данная информация собирается и рассматривается в соответствии с требованиями Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) для отчетности о расходах Medicare.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, приложите дополнительную страницу, если имеется другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные потери.

ДОГОВОР С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что Kadlec может проверять информацию путем изучения кредитной информации и получения информации из других источников, чтобы помочь в определении права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если финансовая информация, которую я предоставляю, будет признана ложной, это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и на меня могут быть наложены обязательства оплатить предоставленные услуги.

Подпись заявителя

Дата