

Instrucțiuni pentru formularul de cerere pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară

Aceasta este o cerere pentru asistență financiară (denumită și îngrijire caritabilă) la Swedish.

Legile federale și de stat cer tuturor spitalelor să ofere asistență financiară persoanelor și familiilor care îndeplinesc anumite criterii privind venitul. Vă puteți califica pentru îngrijire gratuită sau îngrijire cu reducere (veți fi luat în considerare pentru ambele prin intermediul acestei cereri comune) în funcție de mărimea familiei și a venitului, chiar dacă aveți asigurare de sănătate. Vă rugăm să accesați pagina de internet a spitalului la adresa <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

Ce acoperă asistența financiară? Asistența financiară medicală acoperă îngrijirile medicale necesare din punct de vedere medical acordate de unul dintre spitalele sau clinicile din cadrul familiei noastre de organizații, în funcție de eligibilitatea dumneavoastră. Este posibil ca asistența financiară să nu acopere în totalitate cheltuielile de îngrijire medicală, inclusiv serviciile prestate de alte organizații.

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de ajutor în completarea acestei cereri: Politicile noastre de asistență financiară, informațiile despre programe, și materiale pentru cerere sunt disponibile pe pagina noastră web sau prin telefon. Puteți obține asistență din orice motiv, asistență pentru persoane cu dizabilități și asistență lingvistică. La cerere, sunt disponibile și documente traduse, în formă scrisă.

Modurile în care ne puteți contacta:

<https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

Reprezentanții serviciului de relații cu clienții la: 206-320-5300 sau (1) 877-406-0438

De luni până vineri între orele 8:30 și 16:00

Pentru ca cererea dvs. să fie procesată, dvs. trebuie:

☐ **Să ne furnizați informații despre familia dvs.**

Să completați numărul de membrii de familie din gospodăria dvs. (familia include persoane legate prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună). Dacă locuiți în California, gospodăria sau familia se determină astfel: *dacă pacientul are 18 ani sau mai mult*, familia include soțul/soția, partenerul de viață și orice copil aflat în întreținere cu vârsta sub 21 de ani sau orice vârstă în cazul persoanelor cu handicap, indiferent dacă locuiesc sau nu în aceeași locuință. *În cazul în care pacientul are vârsta de sub 18 ani* sau pentru un copil aflat în întreținere cu vârsta cuprinsă între 18 și 20 de ani, familia include părinții, rudele care se ocupă de îngrijire și persoanele care se ocupă de îngrijirea părinților sau a rudelor, alte persoane aflate în întreținere cu vârsta sub 21 de ani sau orice vârstă în cazul persoanelor cu handicap.

☐ **Să ne furnizați informații cu privire la venitul lunar brut al familiei dvs. (venitul înainte de impozite și deduceri), inclusiv adeverințe de salariu, formulare W-2, declarații fiscale, scrisori de plată a asigurărilor sociale și declarații privind veniturile obținute din active.**¹ (pentru mai multe exemple, consultați secțiunea privind veniturile din cererea pentru asistență financiară)

☐ **Să atașați informații suplimentare dacă este necesar**

☐ **Să semnați și să datați formularul de cerere pentru asistență financiară**

Notă: Nu trebuie să ne prezentați un număr de securitate socială pentru a depune cererea pentru asistență financiară. Dacă ne furnizați numărul dvs. de securitate socială, numărul dvs. de securitate socială poate fi folosit pentru a vă identifica sau poate fi utilizat pentru a verifica informațiile pe care ni le-ați furnizat. Dacă nu aveți un număr de securitate socială, vă rugăm marcați „nu se aplică” sau „NA.” **Trimiteti prin poștă cererea completată, împreună cu toată documentația la adresa:** Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. Nu uitați să păstrați o copie.^{507846221.4}

Pentru a depune cererea completată în persoană: Vizitați cel mai apropiat birou al consilierului financiar de spital. Vă vom anunța privind decizia finală de eligibilitate și drepturile de apel, dacă se aplică, în decurs de 14 - 30 de zile de la primirea cererii complete pentru asistență financiară, care include și documentația privind veniturile.

Prin depunerea cererii pentru asistență financiară, sunteți de acord ca noi să efectuăm cercetările necesare în vederea verificării obligațiilor financiare și a informațiilor.

¹ Cu excepția cazurilor interzise de legile statului, Swedish va colecta și lua în considerare informațiile cu privire la active conform criteriilor stabilite de centrele de servicii Medicare și Medicaid (CMS) în ceea ce privește raportarea costurilor Medicare.

Această prevedere se aplică specific beneficiarilor Medicare care nu dispun și de asigurare Medicaid. Pentru toți ceilalți beneficiari, informațiile despre active sunt opționale.

506318055.3

Noi dorim să vă ajutăm. Vă rugăm să depuneți cererea dvs. cât mai repede. Este posibil să primiți extrasele de facturare până când primim cererea dvs. completată și documentația necesară, cu excepția cazului în care legile privind îngrijirea caritabilă din statul dumneavoastră interzic acest lucru.

Formular de cerere pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară - confidențial

Vă rugăm să completați în întregime toate informațiile. Dacă nu se aplică, scrieți „NA.” Atașați pagini adiționale dacă este necesar.

VERIFICAREA INFORMAȚIILOR

Aveți nevoie de un interpret? ☐ **Da** ☐ **Nu** Dacă da, indicați limba preferată:

Pacientul a solicitat asigurare Medicaid? ☐ **Da** ☐ **Nu** Pacientul este nevăzător? ☐ **Da** ☐ **Nu**

Pacientul suferă de dizabilități? ☐ **Da** ☐ **Nu**

A beneficiat pacientul de servicii publice de stat cum ar fi TANF, ajutor alimentar de bază, sau WIC? ☐ **Da** ☐ **Nu**

În momentul actual pacientul nu are adăpost? ☐ **Da** ☐ **Nu**

Asistența medicală pentru pacient este necesară din cauza unui accident de mașină sau a unui accident de muncă? ☐ **Da** ☐ **Nu**

VĂ RUGĂM SĂ LUAȚI ÎN CONSIDERARE

- Nu putem garanta că vă veți califica pentru asistență financiară, chiar dacă depuneți cererea.
- După depunerea cererii, noi vom verifica toate informațiile, și ulterior putem solicita informații suplimentare sau o dovadă a veniturilor.
- În decurs de 14-30 de zile după ce primim cererea completată, vă vom anunța în legătură cu decizia noastră.

INFORMAȚII PACIENT ȘI SOLICITANT

Prenume pacient		Al doilea nume al pacientului		Nume pacient	
☐ Bărbat ☐ Femeie ☐ Altul (se poate specifica _____)		Data nașterii		Numărul de securitate socială al pacientului (opțional)	
Persoana responsabilă cu plata facturii		Relația cu pacientul	Data nașterii	Numărul de securitate socială (opțional)	
Adresa poștală				Numărul (numerele) principal(e) de contact	
_____ _____				() _____ () _____	
Oraș	Stat	Cod poștal		Adresa de e-mail:	
	Țară				

Statutul profesional al persoanei responsabile cu plata facturii

☐ **Angajat** (data angajării): _____ ☐ **Fără loc de muncă** (de cât timp:) _____

☐ **Liber profesionist**
 ☐ **Student**
 ☐ **Persoană cu dizabilități**
 ☐ **Pensionar**
 ☐ **Altul** _____

Formular de cerere pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară - confidențial
INFORMAȚII FAMILIE

Completați membrii familiei din gospodăria dvs., incluzându-vă și pe dvs. Termenul de „familie” se referă la persoanele înrudite prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună.

MĂRIMEA FAMILIEI ——— *Atașați pagină adițională dacă este necesar*

Nume	Data nașterii	Relația cu pacientul	Dacă are 18 ani sau mai mult: Numele angajatorului (angajatorilor) sau sursa de venit	Dacă are 18 ani sau mai mult: Venitul total lunar brut (înainte de taxe):	Aplică, de asemenea, pentru asistență financiară?
					Da /Nu
					Da /Nu
					Da /Nu
					Da /Nu
					Da /Nu
					Da /Nu
					Da /Nu

Trebuie menționat venitul tuturor membrilor adulți ai familiei. Sursa de venit poate fi, de exemplu:
 Salariu - Ajutor de șomaj - Muncă pe cont propriu - Despăgubiri pentru lucrători - Indemnizație de invaliditate - SSI - Pensie alimentară pentru copii/soț - Burse de studiu (studenți) - Venituri obținute din active, de exemplu acțiuni, obligațiuni, IRA, fonduri mutuale, venituri din chirii etc.

Formular de cerere pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară - confidențial

INFORMAȚII VENIT

NU UITAȚI: Trebuie să includeți dovada de venit în cererea dvs.

Trebuie să furnizați informații despre veniturile familiei dvs. Verificarea venitului este necesară pentru a stabili valoarea asistenței financiare. Toți membrii familiei cu vârsta de 18 ani sau peste trebuie să-și declare venitul. Dacă nu ne puteți prezenta documente, puteți depune o declarație semnată în scris, care prezintă venitul dvs. Vă rugăm ne prezentați dovezi pentru fiecare sursă de venit identificată. Exemple pentru dovezi de venit:

- O declarație de reținere „W-2”; sau
- Statele de plată curente (3 luni); sau
- Declarația de impozit pe venit de anul trecut, inclusiv calendarul, dacă este cazul; sau
- Declarații scrise, semnate de la angajatori sau alții; sau
- Declarații de venit din active (acțiuni, obligațiuni, IRA, fonduri mutuale, etc); sau
- Eligibilitate aprobată/respinsă pentru ajutorul de șomaj.

Dacă nu dispuneți de o dovadă de venit sau nu realizați venituri, vă rugăm atașați o pagină suplimentară cu o explicație.

INFORMAȚII CHELTUIELI

Vom utiliza aceste informații pentru a obține o imagine de ansamblu a situației dvs. financiare.

Cheltuieli lunare esențiale de trai:

Chirie/rată casă USD _____

Cheltuieli medicale USD _____

Contribuții la asigurare medicală USD _____

Utilități USD _____

Alte datorii/cheltuieli USD _____ (pensie alimentară, credite, medicamente, altele)

INFORMAȚII ȘI DOCUMENTAȚII ACTIVE

Soldul contului curent (consultați informațiile de mai jos pentru a vedea dacă trebuie să prezentați un extras de cont*)
USD _____

Soldul contului general de economii
USD _____

Familia dvs. dispune de următoarele active? **Vă rugăm bifați toate care se aplică**

- ☐ Fără active
- ☐ Acțiuni ☐ Obligațiuni ☐ 401K
- ☐ Cont(uri) de economii pentru sănătate

În cazul beneficiarilor Medicare fără asigurare Medicaid, Swedish poate solicita extrase bancare sau surse similare de documentație.

*Aceste informații sunt necesare doar de la beneficiarii Medicare care nu au și asigurare Medicaid. Pentru alte persoane, această informație este opțională. Această informație poate fi folosită doar în conformitate cu politica noastră și regulamentul statului în care ați beneficiat de asistență, fiind colectat și considerat necesar de către centrele de servicii Medicare și Medicaid (CMS) pentru raportarea costurilor Medicare.

Formular de cerere pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară - confidențial

INFORMAȚII ADIȚIONALE

Vă rugăm atașați o pagină suplimentară dacă există alte informații despre situația dvs. financiară actuală pe care doriți să ni le aduceți la cunoștință, cum ar fi eventualele greutăți financiare, cheltuielile medicale excesive, veniturile temporare sau sezoniere, sau pierderi personale.

ACORDUL PACIENTULUI

Am luat la cunoștință faptul că Swedish poate verifica informațiile prin consultarea informațiilor de credit și prin obținerea informațiilor din alte surse pentru a facilita stabilirea eligibilității pentru asistență financiară sau scheme de plată.

Declar prin prezenta că informațiile de mai sus sunt adevărate și corecte, conform cunoștințelor mele. Am luat la cunoștință faptul, că în cazul în care informațiile financiare pe care le furnizez sunt determinate a fi false, rezultatul poate fi refuzarea asistenței financiare, caz în care pot fi tras la răspundere și va trebui să plătesc pentru serviciile primite.

Semnătura solicitantului

Data