

Инструкции по заполнению формы заявки на благотворительную/финансовую помощь

Это заявление на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная помощь) в Swedish Health Services.

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 обслуживание или обслуживание со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и 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 <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

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 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: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> Представители службы поддержки: 206-320-5300 или 877-406-0438 Пн-Пт, 8:00 – 18:00

Для того, чтобы ваша заявка была обработана:

- 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)
- Предоставьте нам информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и прочих удержаний), включая платежные квитанции, формы W-2, налоговые декларации, письма о выплатах по социальному обеспечению и отчеты о доходах, полученных от активов, а также задекларируйте и предоставьте документацию об активах.¹**
(больше примеров см. в разделе "Доход", в котором изложено заявление о финансовой помощи)
- При необходимости приложите дополнительную информацию**
- Поставьте подпись и дату в форме заявки на финансовую помощь**

Примечание: Вам не нужно указывать номер социального страхования, чтобы подать заявку на финансовую помощь. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, то он может быть использован для вашей идентификации или проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, отметьте «неприменимо» или

¹ За исключением случаев, когда это может быть запрещено законодательством штата, Providence будет собирать и рассматривать информацию, касающуюся активов, в соответствии с требованиями Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) для составления отчетов о расходах Medicare.



«Н/П».

Отправьте заполненное заявление со всей документацией по адресу: Swedish Medical Center: Корпоративный офис, 747 Broadway, Seattle, WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA. Обязательно сохраните копию для себя.

Чтобы подать заполненную заявку лично: Отнесите 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 14–30 дней после получения полного заявления на финансовую помощь, включая документацию о доходах.

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

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 заявки на благотворительную помощь/финансовую помощь (конфиденциально)

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

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если вы отметили "Да", укажите предпочтительный язык: _____

Подали ли пациент заявление на Medicaid? Да Нет Пациент страдает слепотой? Да Нет Является ли пациент инвалидом? Да Нет

Получает ли пациент государственные услуги в штате в рамках таких программ как временная помощь для нуждающихся семей (TANF), Basic Food или ЖМД (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

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать вам право на получение финансовой помощи, даже если вы подадите заявку.
- После того, как вы отправите заявку, 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		Отчество пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Иное (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)	
_____				() _____	
_____				() _____	
_____				Адрес эл. почты: _____	
Почтовый индекс города		, штата			
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета					
<input type="checkbox"/> Трудоустроен (дата найма): _____ <input type="checkbox"/> Безработный (как долго безработный): _____					
<input type="checkbox"/> Самозанятость <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое _____					



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

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 дополнительные страницы

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 ежемесячный доход брутто (до вычета налогов):	Также подаете заявление на финансовую помощь?
					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, личного пенсионного счета, взаимных фондов, дохода от аренды и т. д.

Форма заявки на благотворительную помощь/финансовую помощь (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 раскрывать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать подписанное письменное заявление с указанием вашего дохода. Пожалуйста, предоставьте доказательства для каждого указанного источника дохода.

Примеры источника дохода:

- Отчет об удержании "W-2"; или
- Текущие платежные квитанции (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 (акции, 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 (долл. США) _____ Медицинские расходы (долл. США) _____
 Премии по медицинскому страхованию (долл. США) _____ Коммунальные услуги (долл. США) _____
 Прочие долги/расходы (долл. США) _____ (алименты, кредиты, лекарства, прочее)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может использоваться только в соответствии с нашей политикой и постановлениями 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.

Остаток на текущем чековом счете
\$ _____

Остаток на текущем
сберегательном счете
\$ _____

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

- Облигации Долговые инструменты 401K Медицинский сберегательный счет Траст(-ы)
 Собственность (за исключением основного места проживания) Владение бизнесом

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 Swedish Health Services 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 я могу быть привлечен(-а) к ответственности за предоставленные услуги и буду обязан их компенсировать.

Подпись заявителя

Дата