

## **Інструкції щодо заповнення форми заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги**

Це заява на отримання фінансової допомоги (також відомої як благодійна допомога) у Swedish.

**Федеральне законодавство і закони штату вимагають, щоб усі лікарні надавали фінансову допомогу** людям і сім'ям, які відповідають певним вимогам до рівня доходу. Ви можете мати право на безкоштовне обслуговування або обслуговування зі знижкою (обидва варіанти будуть розглянуті в цій спільній заяві) залежно від розміру вашої сім'ї та рівня доходу, навіть якщо у вас є медична страховка. Перейдіть на сайт лікарні <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

**Що покриває фінансова допомога?** Медична фінансова допомога покриває необхідні за медичними показаннями послуги, що надаються однією з наших лікарень або клінік нашої групи компаній, залежно від наявності у вас відповідного права. Фінансова допомога може не покривати всі витрати на медичне обслуговування, включно з послугами, що надаються іншими організаціями.

**Якщо у вас є питання або вам потрібна допомога із заповненням цієї заяви:** Наші правила надання фінансової допомоги, інформація про програми та матеріали заяви доступні на нашому вебсайті або за телефоном. Ви можете отримати будь-яку допомогу, включно з допомогою у зв'язку з особливими потребами або мовну допомогу. Перекладені письмові документи доступні на запит.

Зв'язатися з нами: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

Представники служби підтримки: 206-320-5300 або (1) 877-406-0438

Пн-Пт, 08:30 – 16:00

Для того, щоб ваша заява була опрацьована:

☐ **Надайте нам інформацію про свою сім'ю**

Зазначте кількість членів сім'ї у вашому домогосподарстві (сім'я включає людей, які проживають разом, пов'язаних кровним спорідненням, шлюбом або усиновленням) Якщо ви живете в Каліфорнії, домогосподарство або сім'я визначається таким чином: *якщо пацієнту 18 років і більше*, сім'я включає чоловіка/дружину, цивільного партнера та всіх дітей, які перебувають на його утриманні, у віці до 21 року або будь-якого віку у разі їхньої інвалідності, незалежно від того, чи проживають вони вдома чи ні. *Якщо пацієнту менше 18 років* або він є дитиною на утриманні віком від 18 до 20 років, сім'я включає батьків, родичів-опікунів та інших утриманців батьків або родичів-опікунів віком до 21 року або будь-якого віку у разі їхньої інвалідності.

☐ **Надайте нам інформацію про валовий місячний дохід вашої сім'ї (дохід до сплати податків і відрахувань), включно з платіжними відомостями чи податковими деклараціями, або іншу інформацію про доходи (наприклад, форми W-2, листи про соціальне забезпечення), а також довідки про доходи, отримані від активів.**<sup>1</sup> (див. приклади в розділі «Доходи» заяви про надання фінансової допомоги)

☐ **За необхідності надайте додаткову інформацію**

☐ **Поставте підпис і дату у формі заяви на отримання фінансової допомоги**

**Примітка:** Вам не потрібно зазначати номер соціального страхування, щоб подати заяву на отримання фінансової допомоги. Якщо ви надасте нам свій номер соціального страхування, він може бути використаний для вашої ідентифікації або перевірки наданої нам інформації. Якщо у вас немає номера соціального страхування, зазначте "не застосовується" або "Н/З". **Надішліть заповнену заяву з усією документацією на адресу:** Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. Обов'язково збережіть копію для себе.<sup>507846221.4</sup>

**Щоб подати заповнену заяву особисто:** Віднесіть її до найближчого офісу фінансового консультанта лікарні. Ми повідомимо вас про остаточне визначення права на отримання фінансової допомоги та прав на апеляцію, якщо це застосовується, протягом 14-30 днів після отримання повної заяви на отримання фінансової допомоги, включно з документацією про доходи.

Подаючи заяву на отримання фінансової допомоги, ви надаєте свою згоду на те, щоб ми подали необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

*За винятком випадків, коли це може бути заборонено законодавством штату, Swedish збиратиме та розглядатиме інформацію, що стосується активів, відповідно до вимог Центрів послуг Medicare та Medicaid (CMS) для складання звітів про витрати Medicare. Це стосується тільки тих бенефіціарів програми страхування Medicare, у яких немає страховки Medicaid. Для всіх інших надання інформації, що стосується активів, необов'язкове.*

506318055.3

**Ми хочемо допомогти. Просимо вас подати заяву без зволікань. Ви можете продовжувати отримувати рахунки доти, доки ми не отримаємо вашу заповнену заяву та необхідну документацію, якщо це не заборонено законами вашого штату про благодійну допомогу.**

## Форма заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги (конфіденційно)

Просимо зазначити повну інформацію. Якщо будь-який пункт не застосовується до Вас, зазначте "Н/З". За необхідності надайте додаткові сторінки.

### СКРИНІНГОВА ІНФОРМАЦІЯ

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Вам потрібен перекладач?                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Якщо так, зазначте бажану мову:                                          |
| Чи подавав пацієнт заяву до Medicaid?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Пацієнт сліпий? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| Чи є пацієнт інвалідом?                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |                                                                          |
| Чи отримує пацієнт державні послуги в штаті в рамках таких програм як програма надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF), програма харчування Basic Food або федеральна програма харчування для жінок, немовлят і дітей (WIC)? |                                                          |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |                                                                          |
| Чи є пацієнт наразі бездомним?                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |                                                                          |
| Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією або виробничою травмою?                                                                                                                                        |                                                          |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |                                                                          |

### ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати вам право на отримання фінансової допомоги, навіть якщо ви подасте заяву.
- Після того, як ви надішлете заяву, ми можемо перевірити всю інформацію та запитати додаткову інформацію або підтвердження джерела доходу.
- Ми повідомимо вас про своє рішення протягом 14-30 днів після того, як ми отримаємо від вас заповнену заяву і документацію.

### ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

|                                                                                                                                                    |        |                                           |                 |                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|--|
| Ім'я пацієнта                                                                                                                                      |        | Друге ім'я пацієнта                       |                 | Прізвище пацієнта                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка<br><input type="checkbox"/> Інше (зазначте _____)                                  |        | Дата народження                           |                 | Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково) |  |
| Особа, відповідальна за оплату рахунку                                                                                                             |        | Ким доводиться пацієнту                   | Дата народження | Номер соціального страхування (необов'язково)          |  |
| Поштова адреса                                                                                                                                     |        |                                           |                 | Основний(-і) контактний(-і) номер(-и)                  |  |
| _____<br>_____                                                                                                                                     |        |                                           |                 | ( ) _____<br>( ) _____                                 |  |
| Місто                                                                                                                                              | Штат   | Поштовий індекс                           |                 | Електронна пошта:                                      |  |
|                                                                                                                                                    | Країна |                                           |                 |                                                        |  |
| Статус зайнятості особи, відповідальної за оплату рахунку                                                                                          |        |                                           |                 |                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Працює</b> (дата прийняття на роботу): _____ <input type="checkbox"/> <b>Безробітний</b> (як довго безробітний): _____ |        |                                           |                 |                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Самозайнята особа</b>                                                                                                  |        | <input type="checkbox"/> <b>Студент</b>   |                 | <input type="checkbox"/> <b>Особа з інвалідністю</b>   |  |
|                                                                                                                                                    |        | <input type="checkbox"/> <b>Пенсіонер</b> |                 | <input type="checkbox"/> <b>Інше</b> _____             |  |

## Форма заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги (конфіденційно)

### ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Перерахуйте членів вашої сім'ї, включно із собою. "Сім'я" включає людей, які живуть разом, пов'язані кровним спорідненням, шлюбом або усиновленням.

**РОЗМІР СІМ'Ї** ——— За необхідності, додайте додаткову сторінку

| П.І.Б. | Дата народження | Ким доводиться пацієнту | Для осіб віком 18 років і старше: Роботодавець (-ці) або джерело доходу | Для осіб віком 18 років і старше: Загальний валовий щомісячний дохід (до вирахування податків): | Також подає заяву на отримання фінансової допомоги? |
|--------|-----------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |
|        |                 |                         |                                                                         |                                                                                                 | Так / Ні                                            |

**Необхідно зазначити дохід усіх дорослих членів сім'ї. До джерел доходу, крім іншого,**

**належать:** Заробітна плата - Допомога по безробіттю - Дохід від самозайнятості - Компенсація робітника - Допомога по інвалідності - Додатковий соціальний дохід - Аліменти дитини/супруга(-и) - Робочі програми під час навчання (для студентів) - Дохід, отриманий від активів, наприклад, акцій, облігацій, індивідуальних пенсійних рахунків, взаємних фондів, дохід від оренди тощо.

**Форма заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги (конфіденційно)**

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД**

***ПАМ'ЯТАЙТЕ:** До заяви необхідно додати підтвердження доходу.*

**Ви повинні надати інформацію про доходи своєї сім'ї. Для визначення фінансової допомоги потрібне підтвердження доходу. Усі члени сім'ї віком 18 років і старше повинні надавати інформацію про свій дохід. Якщо ви не можете надати документи, ви можете подати письмову підписану заяву з описом ваших доходів. Надайте підтвердження для кожного зазначеного джерела доходу. Приклади доказів джерела доходу:**

- Звіт про утримання податку з джерела доходу "W-2"; або
- Актуальні платіжні відомості (за 3 місяці); або
- Декларація про податок на прибуток за минулий рік із додатками, якщо застосовується; або
- Підписані письмові заяви від роботодавців або інших осіб;
- Звіти про доходи, отримані від активів (акції, облігації, індивідуальний пенсійний рахунок, взаємні фонди тощо);
- Схвалення/відмова в допомозі по безробіттю.

Якщо у вас немає підтвердження доходу або самого доходу, будь ласка, прикріпіть додаткову сторінку з поясненням.

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ**

*Ми використовуємо цю інформацію, щоб отримати більш повне уявлення про ваше фінансове становище.*

Щомісячні витрати на життєзабезпечення:

|                                                                               |          |                    |          |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|----------|
| Оренда/іпотека                                                                | \$ _____ | Медичні витрати    | \$ _____ |
| Медичні страхові премії                                                       | \$ _____ | Комунальні послуги | \$ _____ |
| Інша заборгованість / Витрати \$ _____ (аліменти, кредити, медикаменти, інше) |          |                    |          |

**ІНФОРМАЦІЯ ТА ДОКУМЕНТАЦІЯ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ АКТИВІВ**

Поточний баланс поточного рахунку (див. нижче, щоб дізнатися, чи потрібно вам надавати банківську виписку\*)

(дол. США) \_\_\_\_\_

Загальний залишок на ощадному рахунку  
(дол. США) \_\_\_\_\_

Чи є у вашої родини інші активи?

**Позначте всі відповідні варіанти**

- ☐ Немає активів
- ☐ Акції   ☐ Облігації   ☐ Пенсійний план 401K
- ☐ Рахунок(-ки) медичних заощаджень

**У тих бенефіціарів програми страхування Medicare, які не мають страховки Medicaid, Swedish може попросити надати виписки з банківського рахунку або аналогічну вихідну документацію.**

\* Надання цієї інформації є обов'язковим тільки для тих бенефіціарів програми страхування Medicare, у яких немає страховки Medicaid. Для всіх інших надання інформації, що стосується активів, необов'язкове. Цю інформацію можна використовувати тільки відповідно до нашої політики та законодавства штату, в якому ви отримували лікування; цю інформацію збирають і розглядають відповідно до вимог Центрів послуг Medicare і Medicaid (CMS) для звітності про витрати Medicare.

## ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

**Будь ласка, прикріпіть додаткову сторінку, якщо є інша інформація про ваше поточне фінансове становище, яку ви хотіли б нам повідомити, наприклад, фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонний або тимчасовий дохід або особисті втрати.**

## ДОГОВІР ІЗ ПАЦІЄНТОМ

Я розумію, що Swedish може перевіряти інформацію шляхом вивчення кредитної інформації та отримання інформації з інших джерел, щоб допомогти у визначенні права на отримання фінансової допомоги або планів оплати.

Я підтверджую, що наведена вище інформація є правдивою і правильною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо фінансову інформацію, яку я надаю, буде визнано неправдивою, це може призвести до відмови в наданні фінансової допомоги, і на мене можуть бути покладені зобов'язання щодо сплати за надані послуги.

---

Підпис заявника

---

Дата