

## CHI St. Anthony Hospital

### Инструкции по заполнению формы заявления на финансовую помощь

Это заявление на финансовую помощь, предоставляемую учреждением *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health предоставляет финансовую помощь** лицам и семьям, которые соответствуют определенным требованиям в отношении дохода. В зависимости от размера семьи и уровня дохода вы можете соответствовать критериям для бесплатного обслуживания или обслуживания со скидкой, даже если у вас есть медицинская страховка. Помощь предоставляется пациентам, семейный доход которых меньше 400 % рекомендуемого федерального прожиточного минимума. Информацию о рекомендуемом федеральном прожиточном минимуме см. на сайте <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Что покрывает финансовая помощь?** Финансовая помощь больницы покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые CommonSpirit Health, в зависимости от вашего права на получение помощи. 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 заявления:** Вы можете получить помощь (независимо от причины обращения), включая помощь по причине инвалидности или помощь переводчика, по телефону: 844-286-5546

**Для рассмотрения вашего заявления вы должны:**

- Предоставить нам сведения о вашей семье
- Предоставить нам сведения о совокупном семейном доходе вашей семьи (доход до уплаты налогов и отчислений)
- Предоставить документацию о семейном доходе
- Предоставить документацию о семейных активах (необязательно)
- Приложить дополнительную информацию (при необходимости)
- Подписать форму и проставить дату

**Примечание: Вам не нужно указывать ваш номер в системе социального страхования в заявлении на финансовую помощь.** Указание вашего номера в системе социального страхования ускорит процесс рассмотрения вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «неприменимо» или «Н/П».

**Отправьте заполненное заявление со всеми документами по почте или по факсу:** CHI ST ANTHONY HOSPITAL, ATTN: EES - Financial Assistance Center, P.O. Box 660872, Dallas, TX 75266-0872  
Факс: 469-803-4627. Обязательно сохраните копию.

**Можно подать заполненное заявление лично по адресу:** CHI St. Anthony Hospital, 2801 St Anthony Way, Pendleton, OR 97801

Мы уведомим вас об окончательном решении в отношении вашего права на получение помощи и на подачу апелляции (если применимо) в течение 30 календарных дней с даты получения заполненного заявления на финансовую помощь, включая документацию о вашем доходе.

Отправляя заявление на финансовую помощь, вы даете нам разрешение на выполнение необходимых запросов для подтверждения финансовых обязательств и других сведений.

**Мы хотим помочь вам. Просим вас подать заявление в кратчайшие сроки!**

**Вам могут направлять счета, пока мы не получим от вас информацию.**

**CHI St. Anthony Hospital**  
**Форма заявления на финансовую помощь - Конфиденциально**

*Вам необходимо полностью заполнить все графы. Если что-то не имеет к вам отношения, укажите «Н/П» (неприменимо). Добавьте дополнительные страницы, если необходимо.*

**СВЕДЕНИЯ ДЛЯ ПРОЦЕДУРЫ ОТБОРА**

Вам нужен устный переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если да, то укажите, на какой язык:</i>
Пациент подавал заявку на Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Возможно, вам потребуется подать заявку на эту программу до рассмотрения права на финансовую помощь</i>
Пациент получает помощь от государства, такую как продовольственные талоны, или участвует в программе WIC (Women, Infants, and Children, Программа дополнительного питания для женщин, младенцев и детей)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Сейчас пациент бездомный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Медицинское обслуживание пациента связано с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Список больниц CommonSpirit Health, где вы проходили лечение:

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ**

- Мы не можем гарантировать, что вы получите право на финансовую помощь в случае подачи заявления.
- После отправки заявления мы можем проверить все указанные сведения и попросить предоставить дополнительную информацию или подтверждение дохода.

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ**

Имя пациента	Среднее имя пациента	Фамилия пациента
Дата рождения	Учетный номер пациента в системе:	Номер социального страхования пациента (необязательно*)
Лицо, ответственное за оплату счетов	Степень родства с пациентом	Дата рождения
		Номер социального страхования (необязательно*)
Почтовый адрес	Основной(-ые) контактный(-ые) номер(-а) ( ) _____ ( ) _____	
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты: _____		
Сведения о занятости лица, ответственного за оплату счетов		
<input type="checkbox"/> Работает (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (период безработицы: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Прочее (_____)		

**ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ**

Перечислите членов вашей семьи, включая вас. «Семья» означает проживающих вместе двух или более людей, связанных по факту рождения, брака или усыновления. Если пациент может указать кого-либо в качестве иждивенца в налоговой декларации по подоходному налогу, это лицо будет считаться членом семьи пациента в целях данного заявления.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

*Приложите дополнительную страницу, если необходимо*

Имя	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Возраст 18 лет или старше: Название работодателя(-ей) или источник дохода	Возраст 18 лет или старше: Общий совокупный ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Также подает заявление на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

**Необходимо предоставить сведения о доходе всех взрослых членов семьи. Возможные источники дохода, например:**

- Зарплата    - Пособие по безработице    - Самозанятый    - Пособие по нетрудоспособности
- Пособие по инвалидности    - Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)
- Пособие на ребенка/супругу(-а)    - Программы совмещения обучения с работой (студенты)    - Пенсия
- Доходы с пенсионного счета    - Прочее (укажите: \_\_\_\_\_)

## СВЕДЕНИЯ О ДОХОДЕ

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Вы должны приложить к заявлению подтверждающие доход документы.

**Вы должны предоставить информацию о доходе вашей семьи. Для определения права на финансовую помощь будет выполнена проверка дохода.**

**Все члены семьи в возрасте 18 лет или старше должны раскрыть информацию о доходе. Обязательно предоставьте подтверждающие документы по каждому установленному источнику дохода.**

**Примеры подтверждающих доход документов:**

- Налоговая декларация по доходам за прошлый год с приложениями, если применимо; или
- Выписка об удержании «W-2»; или
- Текущие справки о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- Письменные подписанные справки от работодателей или других лиц; И
- Одобрение/отказ в получении Medicaid и/или государственной медицинской помощи; или
- Одобрение/отказ в получении пособия по безработице.

Если у вас нет подтверждающих доход документов или источников дохода, добавьте дополнительную страницу и опишите, как вы оплачиваете основные расходы на жизнь (такие, как проживание, питание и коммунальные услуги).

## ДАННЫЕ ОБ АКТИВАХ

*(Это необязательный раздел: он может использоваться для определения вашего соответствия требованиям других программ оказания помощи)*

### **Обязательно предоставьте подтверждающие документы по каждому указанному активу. Примеры подтверждающих доход документов:**

- Текущие банковские выписки (с данными за последние 3 месяца)
  - Расчетный(-ые) счет(-а)
  - Сберегательный(-ые) счет(-а)
- Инвестиции, включая акции и облигации
- Целевые фонды
- Депозитный(-ые) счет(-а)
- Паевые инвестиционные фонды
- Другие инвестиционные фонды, в которых не предусмотрен штраф за выведение средств.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если хотите более подробно рассказать о своем текущем финансовом положении, например, о финансовых трудностях, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе, или личной утрате.

## СОГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что CommonSpirit Health может проверять предоставленные сведения, изучая кредитную информацию и получая данные из других источников, для определения права на финансовую помощь или согласования плана выплат.

- Я подтверждаю, что, по имеющимся у меня сведениям, информация, предоставленная мной, является верной и точной.
- Я самостоятельно или с помощью персонала больницы подам заявку на ЛЮБУЮ и ВСЕ программы помощи, организованные на федеральном и местном уровне или на уровне штата, а также на программы, финансируемые за счет частных средств, для оплаты этого счета за медицинское обслуживание.
- Я понимаю, что если я не буду сотрудничать с CommonSpirit Health и предоставлять запрошенную информацию, мое заявление может быть отклонено.
- Я понимаю, что предоставленные мною сведения CommonSpirit Health будет проверять, в том числе подавать запросы в бюро кредитных историй; также сведения будут проверять федеральные органы власти и/или органы штата и другие учреждения (при необходимости).
- Я понимаю, что для рассмотрения права на помощь меня могут попросить предоставить дополнительные сведения.

Если вы получите выплату от страховой компании, компенсацию за производственную травму или выплату от третьего лица, вы обязуетесь информировать больницу о таком платеже. Больница оставляет за собой право взыскать первоначальную полную стоимость по счету, если третье лицо оплатит за вас услуги больницы.

\_\_\_\_\_

Подпись лица, подающего заявление

\_\_\_\_\_

Дата