

Инструкции по заполнению формы заявления на получение благотворительной/финансовой помощи

Это заявление на получение финансовой помощи (также называемой благотворительной помощью) от Confluence Health.

Штат Вашингтон требует, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь людям и семьям, соответствующим определенным критериям уровня доходов. Вы можете получить право на бесплатную медицинскую помощь или медицинскую помощь со скидкой на основании размера вашей семьи и вашего дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. <https://www.confluencehealth.org/patient-information/financial-assistance/charity-care/>

Что покрывает финансовая помощь? Финансовая помощь от больницы покрывает соответствующие больничные услуги, оказываемые Confluence Health and Clinics, в зависимости от вашего права на ее получение. Финансовая помощь может не покрывать всю стоимость медицинской помощи, в том числе услуг, предоставляемых другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении этого заявления: позвоните в отдел обслуживания пациентов по номеру 509.436.4020. Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая помощь в связи с инвалидностью и услуги переводчика.

Необходимые действия для обработки вашего заявления

- Предоставьте информацию о своей семье.**
Укажите количество членов семьи в вашем домохозяйстве (к семье относятся люди, связанные кровным родством, состоящие в родстве через брак или усыновление, которые проживают вместе).
- Предоставьте информацию о суммарном валовом месячном доходе своей семьи до вычета налогов и отчислений.**
- Предоставьте документальное подтверждение семейного дохода.**
- При необходимости добавьте дополнительную информацию.**
- Подпишите форму и укажите дату.**

Примечание: Для подачи заявления на получение финансовой помощи вы не обязаны предоставлять номер социального страхования. Если вы сообщите нам свой номер социального страхования, это поможет нам ускорить обработку вашего заявления. Номер социального страхования используется для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, напишите «Неприменимо» или «Н/П».

Отправьте заполненное заявление по почте или факсу по следующему адресу: Patient Services Dept. Confluence Health PO Box 361 Wenatchee WA, 98807. Факс: 509 665 3494, **адресат: «Charity Care»**. Обязательно сохраните один экземпляр для себя.

Чтобы лично подать заполненное заявление, посетите один из нижеуказанных отделов обслуживания пациентов.

Omak Clinic: 916 Koala Dr. Omak, WA 98841. Время работы: 7:00–16:00, понедельник — пятница, телефон: 509 826 1800.

Moses Lake Clinic: 840 E Hill Ave Moses Lake, WA 98837. Время работы: 8:00–17:00, понедельник — пятница, телефон: 509.764.6400.

East Wenatchee Clinic: 100 Highline Dr. East Wenatchee, WA 98802. Время работы: 8:00–17:00, понедельник — пятница, телефон: 509.884.0614.

Central Washington Hospital and Clinics: 1201 S. Miller St. Wenatchee WA, 98801. Время работы: 8:00–17:00, понедельник — пятница, телефон: 509.662.1511.

Wenatchee Valley Hospital and Clinics: 820 N. Chelan Ave Wenatchee WA, 98801. Время работы: 8:00–17:00, понедельник — пятница, телефон: 509.663.8711.

Мы сообщим вам об окончательном решении о соответствии требованиям для получения помощи и правах на апелляцию, в соответствующем случае, в течение 14 календарных дней после получения заполненного заявления на получение финансовой помощи, включая документальное подтверждение дохода.

Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы даете согласие на запрашивание нами информации, необходимой для подтверждения финансовых обязательств и сведений.

Мы хотим помочь. Отправьте заявление как можно скорее!
Счета могут прийти вам раньше, чем мы получим вашу информацию.

Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи — конфиденциально

Полностью внесите всю информацию. Если она неактуальна, напишите «Н/П».

При необходимости добавьте страницы.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если да, укажите предпочитаемый язык: _____

Пациент подал заявление на участие в программе Medicaid? Да Нет Может быть необходимо подать заявление, прежде чем будет рассмотрено предоставление финансовой помощи

Получает ли пациент помощь от штата, например, временную помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), основные продукты питания (Basic Food) или помощь по специальной дополнительной программе питания для женщин, младенцев и детей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC)? Да Нет

Пациент сейчас не имеет жилья? Да Нет

Пациент нуждается в медицинской помощи в связи с автомобильной аварией или производственной травмой? Да Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что после подачи заявления вы получите право на финансовую помощь.
- Когда вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию в нем и, возможно, попросить предоставить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документов мы сообщим вам, имеете ли вы право на получение помощи

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Отчество пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (можно указать _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно*) <small>* Необязательно, но необходимо для предоставления более щедрой помощи, чем требуют законы штата</small>	
Лицо, ответственное за оплату счетов		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно*) <small>* Необязательно, но необходимо для предоставления более щедрой помощи, чем требуют законы штата</small>	
Почтовый адрес				Основной (-ые) номер (-а) для связи () _____ Адрес электронной почты: _____	
Город		Штат		Почтовый индекс	
Статус занятости лица, ответственного за оплату счетов					
<input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (-ая) (как долго без работы: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятый (-ая) <input type="checkbox"/> Учащийся (-аяся) <input type="checkbox"/> Человек с инвалидностью <input type="checkbox"/> Пенсионер (-ка) <input type="checkbox"/> Другое (_____)					

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите всех членов семьи в вашем домохозяйстве, включая себя. К семье относятся люди, связанные кровным родством, состоящие в родстве через брак или усыновление, которые проживают вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости добавьте страницу

Фамилия, имя и отчество	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если возраст не менее 18 лет: название (Ф. И. О.) работодателя (-ей) или источник дохода	Если возраст не менее 18 лет: суммарный валовой месячный доход до вычета налогов:	Также подает заявление на получение финансовой помощи?
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет

Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. К источникам дохода относятся, например:

- заработная плата; - пособие по безработице; - доход самозанятого лица; - компенсация за травму на работе;
- пособие по инвалидности; - дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI);
- алименты на детей / супружеские алименты; - программы типа «Учись и работай» (Work study programs) — для студентов;
- пенсия; - отчисления с пенсионного счета; - прочее (поясните _____)

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДЕ

ПОМНИТЕ! Вы должны приложить к заявлению подтверждение дохода.

Вы должны указать информацию о доходе вашей семьи. Для определения финансовой помощи необходимо подтверждение дохода.

Все члены семьи возрастом не менее 18 лет должны сообщить свой доход. Если вы не можете предоставить документальное подтверждение, вы можете подать письменное заявление с описанием вашего дохода, заверенное подписью. Предоставьте подтверждение каждого указанного источника дохода.

К подтверждению дохода относятся, например:

- форма выписки об удержаниях из заработной платы «W-2»;
- квитанции о начислении заработной платы (за последние 3 месяца);
- налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц за последний год, с таблицами, при наличии;
- письменная справка от работодателя или другого лица, заверенная подписью;
- одобрение/отказ в предоставлении права на участие в программе Medicaid и/или медицинскую помощь за счет штата;
- одобрение/отказ в предоставлении права на пособие по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, приложите дополнительную страницу с пояснениями

СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию, чтобы более полно представлять ваше финансовое положение.

Месячные расходы домохозяйства

Арендная плата/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Кредитные и прочие расходы	\$ _____	(алименты на детей, займы, лекарства, прочее)	

СВЕДЕНИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может использоваться, если ваш доход превышает 101 % федерального прожиточного минимума

Текущий остаток на расчетном счете
\$ _____

Текущий остаток на сберегательном счете
\$ _____

У вашей семьи есть такое дополнительное имущество?

Отметьте все подходящие варианты

- Акции Облигации Пенсионный счет 401K
- Медицинский сберегательный счет (счета) Траст (-ы)
- Недвижимость (кроме основного места жительства)
- Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если вы хотите сообщить нам другую информацию о своем текущем финансовом положении, например, о финансовых трудностях, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе или личных потерях.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что *Confluence Health* может проверять информацию путем изучения информации о кредите или получения информации из других источников, помогающей определить наличие права на финансовую помощь или планы выплат.

Я подтверждаю, что указанная выше информация, насколько мне может быть известно, достоверна и точна.

Я понимаю, что если будет обнаружено, что предоставленная мной финансовая информация недостоверна, мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи, и на меня может быть возложена обязанность оплатить предоставленные услуги

Подпись заявителя

Дата