

ПРОЦЕС ПОДАВАННЯ ЗАЯВИ

1} Подайте запит на отримання заяви, зателефонувавши у відділ обслуговування пацієнтів на номер 509-436-4020, або особисто в будь-якій нашій філії.

2} Можливо, потрібно буде надати наведені нижче підтверджувальні фінансові документи:

- Форма про утримання із заробітної плати "W-2"
- Нещодавні квитанції про нарахування заробітної плати (для всіх дорослих осіб, що працюють)
- Ддекларация про податок на прибуток за останній рік

Форми затвердження чи відмови в праві на допомогу:

- Форми затвердження допомоги безробіття
- Письмова довідка про фінансовий стан сім'ї

3} Confluence Health повідомить заявників про своє остаточне рішення протягом 14 днів після отримання заповненої заяви. Усі заходи зі збирання коштів буде призупинено до визначення відповідності вимогам.

Наша місія полягає в поліпшенні здоров'я пацієнтів через надання безпечної і високоякісної допомоги чуйним та економічно ефективним способом.

Наша політика полягає в тому, щоб надавати пільги всім і нікому не відмовляти за ознакою раси, національного походження, статі, сексуальної орієнтації, сімейного стану, інвалідності, віку або фінансового доходу в разі одержання доступу до медичного обслуговування, участі в ньому чи отриманні медичних послуг.

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Щоб отримати додаткову інформацію про нашу програму Charity Care або подати заяву на участь у ній, скористайтеся наведеною нижче контактною інформацією.

Телефон: 509.436.4020 або безоплатний номер 888.499.4801

Поштова адреса:
Patient Services Dept.
Confluence Health
P.O. Box 361
Wenatchee, WA 98807-0361

Ел. пошта:
charitycare@confluencehealth.org

Сайт:
confluencehealth.org

CONFLUENCE HEALTH
HOSPITAL | MARES CAMPUS
820 N. CHELAN AVE., WENATCHEE, WA 98801

CONFLUENCE HEALTH
OMAK CAMPUS
916 KOALA DR., OMAK, WA 98841

CONFLUENCE HEALTH
MOSES LAKE CAMPUS
840 E. HILL AVE., MOSES LAKE, WA 98837



ПРОГРАМА БЛАГОДІЙНОЇ ДОПОМОГИ (CHARITY CARE PROGRAM) 2026



ЩО TAKE Charity Care?

Програма надання медичного догляду зі знижкою від Confluence Health надає фінансову допомогу в разі надання медичних послуг пацієнтам, які відповідають критеріям участі.

ХТО МОЖЕ ПОДАТИ ЗАЯВУ?

Усі пацієнти, які звертаються за медичними послугами в Confluence Health.

ВИЗНАЧЕННЯ

***Сім'я:** група, що складається з двох або більшої кількості осіб, пов'язаних кровною спорідненістю, шлюбом або усиновленням, які проживають разом в одному будинку.

***Дохід:** загальні грошові надходження до оподаткування, отримані із заробітної плати, окладів, соціальної допомоги чи виплат із соціального забезпечення, виплат на період страйку, допомоги з безробіття чи непрацездатності, допомоги на дитину й (або) аліментів, а також чистих доходів від підприємницької і інвестиційної діяльності, виплачених особі.

Сума, на яку зазвичай виставляється рахунок

(Amount Generally Billed, AGB): з пацієнтів, які мають право на допомогу за програмою Charity Care, не стягують плату, що перевищує суму, на яку зазвичай виставляють рахунок особам зі страховкою.

УМОВИ УЧАСТІ

- 1} Окремі особи або сім'ї, чий дохід* становить менше ніж 300% від федерального прожиткового мінімуму, можуть мати право на знижку в розмірі 50–100% від їхнього відповідного залишку за рахунком.
- 2} Пацієнти/поручителі повинні вивчити й використовувати всі доступні ресурси для оплати медичних послуг. Це охоплює приватне або державне страхування й фінансування від третьої сторони (страхове покриття від Департаменту праці штату Вашингтон (Labor & Industries, L&I) або страхування від дорожньо-транспортних пригод). *Щоб перевірити страхове покриття в межах програми Healthcare Exchange штату Вашингтон, зателефонуйте нам на номер 509-665-7947.*
- 3} Confluence Health виконує повторну оцінку права пацієнтів на отримання допомоги в межах програми Charity Care. З огляду на це пацієнти повинні подавати заяви про надання такої допомоги кожні 6 місяців.
- 4} Умови надання допомоги за програмою Charity Care від Confluence Health залежать від федерального прожиткового мінімуму й щороку оновлюються.

ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ

Витрати, що відповідають вимогам, поширюються на наведене далі:

- 1} Послуги з діагностики станів, що загрожують життю, завдають болю й страждання чи призводять до хвороб або фізичних чи розумових дефектів, виправлення цих станів, їх лікування чи полегшення, а також запобігання їх погіршенню.
- 2} Професійні послуги, які надає лікар або постачальник медичних послуг середньої ланки, залучений організацією Confluence Health (мають відповідати медичним рекомендаціям).
- 3} Витрати на утримання пацієнта в лікарні Confluence Health (мають відповідати медичним рекомендаціям).

НОРМИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЖИТКОВОГО МІНІМУМУ ДЛЯ УЧАСТІ В ПРОГРАМІ CHARITY CARE ВІД CONFLUENCE HEALTH

Діапазон річного доходу родини

Розмір сім'ї	200%		250%		300%	
	Верхня межа	Нижня межа	Верхня межа	Нижня межа	Верхня межа	
1	31,920\$	31,921\$	39,900\$	39,901\$	47,880\$	
2	43,280\$	43,281\$	54,100\$	54,101\$	64,920\$	
3	54,640\$	54,641\$	68,300\$	68,301\$	81,960\$	
4	66,000\$	66,001\$	82,500\$	82,501\$	99,000\$	
5	77,360\$	77,361\$	96,700\$	96,701\$	116,040\$	
6	88,720\$	88,721\$	110,900\$	110,901\$	133,080\$	
7	100,080\$	100,081\$	125,100\$	125,101\$	150,120\$	
8	111,440\$	111,441\$	139,300\$	139,301\$	167,160\$	
9	122,800\$	122,801\$	153,500\$	153,501\$	184,200\$	
10	134,160\$	134,161\$	167,700\$	167,701\$	201,240\$	
Допустиме списання	100%		75%		50%	

Примітка. Для сімей*, що складаються з більш ніж 10 осіб, необхідно додавати 5680 \$ дол. США на кожного додаткового члена. Якщо англійська не є вашою рідною мовою: форма заявки, політика надання фінансової допомоги та ця зведена інформація також доступні російською, українською та іспанською за запитом.