***[Hospital/system name/logo]***

**Инструкции по подаче заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи**

Настоящее заявление касается предоставления финансовой помощи (также известной как благотворительный уход) в [*hospital or system name]*.

**Штат Вашингтон требует, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь** лицам и семьям, которые отвечают определённым требованиям. Вы можете иметь право на обслуживание бесплатно или со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и дохода даже в том случае, если у вас есть медицинская страховка.*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**Что покрывает финансовая помощь?** Предоставляемая больницей финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые [*hospital/health system, clinics, etc]* в зависимости от вашего права на их получение. Финансовая помощь может не охватывать все медицинские расходы, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

**Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления:** [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] Вы можете получить помощь по любой причине, включая инвалидность и проблемы с языком.

**Для того, чтобы ваше заявление было принято к рассмотрению, вы обязаны:**

**□ Предоставить нам информацию о своей семье**

Укажите количество членов семьи, проживающих в вашем доме (к семье относятся лица, являющиеся родственниками по рождению, в связи с браком или усыновлением и проживающие совместно).

**□ Предоставить нам информацию о валовом месячном доходе своей семьи (доходе до уплате налогов и вычетов)**

**□ Предоставить документацию о доходе семьи и заявить об активах**

**□ При необходимости приложить дополнительную информацию**

**□ Подписать бланк и поставить дату**

**Примечание:** **Вы не обязаны указывать свой номер социального страхования, чтобы подать заявление о предоставлении финансовой помощи.** Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить процесс рассмотрения вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «н/п».

**Отправьте заполненное заявление со всей документацией по почте или факсу:** [*Hospital name and address]*. Не забудьте сохранить у себя копию.

**Чтобы передать заполненное заявление в личном порядке:**  [*Department/office, address, hours, phone]*

Мы сообщим вам об окончательном решении о вашем соответствии требованиям и правах на обжалование в течение 14 календарных дней после получения заполненного заявления о предоставлении финансовой помощи, включая документальное подтверждение доходов.

Отправив заявление о предоставлении финансовой помощи, вы даёте нам разрешение на проведение необходимого расследования с целью подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Просим подать заявление незамедлительно!**

**Пока мы не получим вашу информацию, вам могут прийти счета.**

***[Hospital/system name/logo]***

**Бланк заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи - конфиденциально**

*Полностью указывайте всю информацию. Если ответ не применим, указывайте «Н/п». При необходимости приложите дополнительные страницы.*

|  |
| --- |
| **СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |
| Нужен ли вам переводчик? **□ Да □ Нет** *Если Да, укажите предпочтительный язык:* |
| Подал ли пациент заявление на Medicaid? **□ Да □ Нет** *Может потребоваться подача заявления, прежде чем будет рассматриваться предоставление финансовой помощи* |
| Предоставляются ли пациенту государственные услуги штата, такие как TANF, Basic Food или WIC? **□ Да □ Нет**  |
| Является ли пациент бездомным в настоящее время? **□ Да □ Нет**  |
| Связана ли потребность пациента в медицинском обслуживании с автомобильной аварией или производственной травмой? **□ Да □ Нет**  |
| **ПОМНИТЕ** |
| * Мы не можем гарантировать ваше соответствие требованиям к предоставлению финансовой помощи даже в том случае, если вы подадите заявление.
* После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительные сведения или документы, подтверждающие доходы.
* В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документации мы известим вас, отвечаете ли вы требованиям к предоставлению помощи.
 |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЯВИТЕЛЯ** |
| Имя пациента | Второе имя пациента | Фамилия пациента |
| □ Мужской □ Женский □ Другое (можете указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | Дата рождения | Номер социального страхования пациента (по выбору\*) *\*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата* |
| Лицо, отвечающее за оплату счёта | Отношение к пациенту | Дата рождения | Номер социального страхования пациента (по выбору\*)*\*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата* |
| Почтовый адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город Штат Почтовый индекс | Основной контактный номер (номера)( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Статус занятости лица, отвечающего за оплату счёта□ **Работает** (дата трудоустройства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ **Безработный** (в течение какого времени:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ **Владелец собственного бизнеса** □ **Студент** □ **Инвалид** □ **Пенсионер** □ **Другое** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ** |
| Укажите членов семьи, проживающих в вашем доме, включая себя. Термин «семья» включает лиц, являющихся родственниками по рождению, в силу брака или усыновления и проживающих вместе.  **РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *При необходимости приложите дополнительную страницу* |
| ФИО | Дата рождения | Отношение к пациенту | Если лицу 18 или более лет: Наименование работодателя(ей) или источник дохода | Если лицу 18 или более лет: Общий валовой месячный доход (до уплаты налогов): | Также подаёте заявление о финансовой помощи? |
|  |  |  |  |  | Да / Нет |
|  |  |  |  |  | Да / Нет |
|  |  |  |  |  | Да / Нет |
|  |  |  |  |  | Да / Нет |
| **Необходимо указать доход всех членов семьи. К числу источников дохода может относиться, например, следующее:** - Заработная плата - Пособие по безработице - Собственный бизнес - Компенсация служащим, получившим травмы на работе - Пособие по инвалидности - Пособие социального обеспечения (SSI) - Пособие на содержание ребёнка/супруга - Программа «Учись и работай» (студенты) - Пенсия - Отчисления с пенсионного счёта - Другое (*поясните\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* |

***[Hospital/system name/logo]***

**Бланк заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи - конфиденциально**

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ** |
| ***ПОМНИТЕ:*** *К заявлению следует приложить документальное подтверждение доходов.* |
| **Вы обязаны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения финансовой помощи требуется проверка доходов.****Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше обязаны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, то вы должны представить письменное подписанное заявление с описанием своего дохода. Приложите подтверждение в отношении каждого указанного источника дохода.** **Примеры подтверждения дохода включают:*** Справка об удержанном налоге по форме «W-2».
* Текущие платёжные квитанции (*необходимый минимум, не более чем за 3 месяца*); или
* Налоговая декларация за прошлый год, включая в соответствующих случаях приложения; или
* Письменные подписанные заявления работодателей или других лиц; или
* Утверждение/отказ в отношении получения льгот Medicaid и(или) медицинской помощи за счёт средств штата; или
* Утверждение/отказ в отношении получения компенсации по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, приложите дополнительную страницу с пояснением.  |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ** |
| *Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное представление о вашей финансовой ситуации.* |
| Месячные расходы семьи: Аренда/ипотека $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинские расходы $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Страховые выплаты $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Коммунальные платежи $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Другие задолженности/расходы $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(пособие на содержание ребёнка, кредиты, лекарства, другое)* |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ**  |
| *Эта информация может использоваться в случае, если ваш доход на 101% превышает установленный Федеральный уровень бедности.*  |
| Текущий остаток на чековом счету$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Текущий остаток на сберегательном счету$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Есть ли у вашей семьи другие такие активы? **Отметьте всё применимое**□ Акции □ Облигации □ 401K □ Медицинский сберегательный счёт(а) □ Фонд(ы)□ Недвижимое имущество (исключая основное место жительства) □ Собственный бизнес  |

|  |
| --- |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |
| Приложите дополнительную страницу, если у вас имеется другая информация о вашей текущей финансовой информации, которую вы хотите довести до нас, например финансовые затруднения, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный характер доходов или личная утрата. |

|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА** |
| Я понимаю, что [*Hospital/system Name*]может проверить информацию путём ознакомления с кредитными данными и получения информации из других источников с целью определения соответствия требованиям к предоставлению финансовой помощи или планам оплаты.Я подтверждаю, что приведённая выше информация, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной финансовая информация является ложной, то это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и я, возможно, буду нести ответственность и иметь обязательство в отношении оплаты предоставленных услуг.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись лица, подающего заявление Дата |