

Fairfax Hospital

Инструкции по подаче заявления о предоставлении благотворительного ухода/финансовой помощи

Настоящее заявление касается предоставления финансовой помощи (также известной как благотворительный уход) в Fairfax Hospital.

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 www.FairfaxHospital.com.

Что покрывает финансовая помощь? Предоставляемая больницей финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые Fairfax Hospital 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: Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132nd St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000. 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 уплаты 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: Fairfax Hospital. Не забудьте сохранить у себя копию.

Чтобы передать заполненное заявление в личном порядке: Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132nd St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000, 7:00 AM to 3:30 PM M-F.

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.**

Fairfax Hospital

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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, укажите предпочтительный язык:
Подал ли пациент заявление на Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент бездомным в настоящее время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинском обслуживании с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Второе имя пациента Дата рождения	Фамилия пациента Номер социального страхования пациента (по выбору*) <small>*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата</small>
Лицо, отвечающее за оплату счёта	Отношение к пациенту	Дата рождения Номер социального страхования пациента (по выбору*) <small>*выбор за вами, однако эта информация необходима для получения помощи в объёме, превышающем тот, которого требует законодательство штата</small>
Почтовый адрес _____ _____		Основной контактный номер (номера) () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____
Город	Штат	Почтовый индекс
Статус занятости лица, отвечающего за оплату счёта <input type="checkbox"/> Работает (дата трудоустройства: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (в течение какого времени: _____) <input type="checkbox"/> Владелец собственного бизнеса <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> 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 _____)

Fairfax Hospital

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	\$ _____	<i>(пособие на содержание ребёнка, кредиты, лекарства, другое)</i>	

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 Fairfax Hospital 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