

Инструкции по подаче заявления о предоставлении финансовой помощи

Настоящая форма является заявлением о предоставлении финансовой помощи (также известным как благотворительный уход) в UW Medicine. Штат Вашингтон требует от всех больниц предоставлять финансовую помощь лицам и семьям, отвечающим определенным требованиям к доходу. На основе вашего дохода вы можете иметь право на получение финансовой помощи даже в том случае, если у вас есть медицинская страховка. Помощь предоставляется, если вы соответствуете требованиям, предусмотренным в Руководстве по оказанию финансовой помощи, согласно которым ваш домашний доход должен составлять 300% федерального уровня бедности или менее. Вы можете попросить предоставить вам дальнейшую информацию или посетить наш веб-сайт, посвященный финансовой помощи, по адресу www.uwmedicine.org/financialassistance или www.valleymed.org/financialassistance.

Что входит в финансовую помощь? Предоставляемая больницами финансовая помощь охватывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые UW Medicine, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не охватывать всех медицинских расходов, в том числе расходов на услуги, предоставляемые другими организациями.

Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вы должны:

- Предоставить нам информацию о своей семье; указать число членов семьи, проживающих в вашем доме (к членам семьи относятся лица, являющиеся родственниками от рождения, по причине брака или усыновления, и проживающие вместе)
- Предоставить нам информацию о валовом (до уплаты налогов и вычетов) месячном доходе своей семьи.
- Предоставить документацию о доходе семьи и декларацию о ценностях
- При необходимости приложить дополнительную информацию, например, письма, подтверждающие предоставленную вами информацию
- Подписать форму и проставить дату

Примечание: Чтобы подать заявление о предоставлении финансовой помощи, вы не обязаны указывать свой номер социального страхования. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставляемой нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «Н/П».

Отправьте своё заполненное заявление вместе со всей документацией в адрес учреждения UW Medicine, указанного ниже. Не забудьте сохранить у себя копию.

<input type="checkbox"/> Airlift Northwest (Airlift) Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.965.1908 ФАКС 206.521.1612 Понедельник - пятница с 8:00 до 17:00	<input type="checkbox"/> Harborview Medical Ctr (HMC) Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 Понедельник - пятница с 8:00 до 16:30	<input type="checkbox"/> UW Medical Center (UWMC) Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.598.3806 Понедельник - пятница с 8:00 до 16:30	<input type="checkbox"/> HMC & UWMC Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 или 1.877.780.1121 ФАКС 206.598.2360 Понедельник - пятница с 8:00 до 16:30
<input type="checkbox"/> Northwest Hospital & Medical Center (NWH) Patient Financial Services 10330 Meridian Ave N Ste 260 Seattle, WA 98133-9851 206.668.6440 или 1.877.364.6440 Понедельник - пятница с 8:00 до 16:30	<input type="checkbox"/> NWH Physicians Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 45850 Seattle, WA 98145-0850 206.520.9100 или 1.855.520.9100 Понедельник - пятница с 9:00 до 17:00	<input type="checkbox"/> UW Physicians (UWP) & UW Neighborhood Clinics (UWNC) Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 или 1.855.520.9300 Понедельник - пятница с 9:00 до 17:00	<input type="checkbox"/> Valley Medical Center (VMC) Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-9900 425.251.5178 ФАКС 206.575.2573 Понедельник - пятница с 8:00 до 17:00

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления, просим обращаться в учреждение, указанное выше. Вы можете попросить о помощи по любой причине, включая инвалидность или потребность в языковой помощи.

Мы сообщим вам об окончательном решении о соответствии требованиям и правах на апелляцию, если это применимо, в течение 14 календарных дней после получения полностью оформленного заявления о предоставлении финансовой помощи, включая документацию о доходах.

Отправляя заявление о предоставлении финансовой помощи, вы даёте согласие на проведение нами необходимого расследования с целью подтверждения ваших финансовых обязательств и информации.

Мы хотим помочь. Просим подавать заявление без промедления! Пока мы не получим ваше заявление, вы можете по-прежнему получать счета.

UW Medicine

Форма заявления о предоставлении финансовой

Просим предоставлять всю требуемую информацию в полном объёме. Если она не применима, указывайте «Н/П». При необходимости можно приложить дополнительные страницы.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТБОРЕ

Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите предпочитаемый язык:
Подавал ли пациент заявление на Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Может потребоваться подать такое заявление, прежде чем будет рассмотрено
Предоставляются ли пациенту общественные 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 медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПОМНИТЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если вы подадите заявление.
- Получив ваше заявление, мы можем проверить всю информацию и попросить прислать нам дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения заполненного вами заявления и документации мы известим вас, имеете ли вы право на помощь.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество (среднее имя) пациента		Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Номер медицинской карты (MRN)	Дата рождения пациента	Номер социального страхования (по выбору)
Лицо, отвечающее за оплату счетов (гарант)	Степень родства с пациентом	Дата рождения гаранта Дата	Номер социального страхования (по выбору)
Почтовый адрес _____ _____ Город Штат Почтовый индекс			Основной(ые) контактный(е) номер(а) () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____
Статус занятости лица, отвечающего за оплату счетов <input type="checkbox"/> Трудоустроен (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (в течение какого времени: _____) <input type="checkbox"/> Работает на себя <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, проживающих в вашем доме, **включая вас**. Термин «семья» включает людей, являющихся родственниками от рождения, в силу брака или усыновления, проживающих вместе и заявленных в качестве иждивенцев в вашей последней федеральной налоговой декларации.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости приложите дополнительные страницы.

ФИО	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Если 18 лет или старше: Название(я) работодателя(ей) или источник дохода	Если 18 лет или старше: Общий месячной валовой (до уплаты налогов) доход:	Также подаёт заявление о предоставлении финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указывать доход всех взрослых членов семьи. К источникам дохода, например, относится следующее:

- Заработная плата - Безработица - Собственный бизнес - Компенсация работника - Инвалидность - Социальное обеспечение (SSI)
- Пособие на содержание детей/супруга
- Программа «Учись и работай» (для студентов) - Пенсия - Выплаты с пенсионного счёта - Другое (поясните _____)

UW Medicine

Форма заявления о предоставлении финансовой

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению следует приложить подтверждение доходов.

Вы обязаны предоставить информацию о доходах семьи. Сведения о доходах проверяются для принятия решения о предоставлении финансовой помощи. Все члены семьи в возрасте 18 и более лет обязаны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, то можете приложить письменное и подписанное заявление с описанием своего дохода. Просим предоставлять подтверждение в отношении каждого указанного источника доходов.

Примеры подтверждения дохода:

- Выписка об удержании по форме «W-2»; или
- Текущие платёжные квитанции (за 3 месяца); или
- Выписка из банковского счёта (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация за прошлый год, включая графики выплат, если это применимо; или
- Письменные подписанные заявления работодателей или других лиц (письмо-разрешение), в которых описывается ваша финансовая ситуация и обстоятельства, если у вас нет справки о доходах; или
- Формы утверждения или отказа в праве на участие в Medicaid и(или) получение медицинской помощи из средств штата; или
- Формы утверждения или отказа в компенсации работника; или письменные заявления работодателей или благотворительных органов.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ (При необходимости приложите ещё одну страницу с указанием других задолженностей).

Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное

Ежемесячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____ (пособие на содержание ребёнка, займы, лекарства, иное)		

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий баланс на чековом счёту

\$ _____

Текущий баланс на сберегательном счёту

\$ _____

Имеет ли ваша семья другие такие активы?

Отметьте всё применимое

- Акции Облигации 401K Медицинский(е) сберегательный(е) счет(а)
 Недвижимость (исключая основное место жительства) Свой бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Просим приложить дополнительную страницу, если у вас есть другая информация о вашей текущей финансовой ситуации, о которой вы хотите сообщить нам, например, финансовые трудности, сезонный или временный доход или личная утрата.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что UW Medicine может проверить информацию, ознакомившись с кредитной информацией и получив сведения из других источников для того, чтобы принять решение о предоставлении финансовой помощи или планах выплат.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, указанная выше информация достоверна и соответствует действительности. Я понимаю, что если предоставленная мной информация окажется недостоверной, то в результате я получу отказ в получении финансовой помощи и буду отвечать за оплату предоставленных услуг.

Подпись лица, подающего заявление

Дата