

## 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](http://www.uwmedicine.org/financialassistance) или [www.valleymed.org/financialassistance](http://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.

Airlift Northwest (Airlift)  
Patient Financial Services  
6505 Perimeter Road S., Ste 200  
Seattle, WA 98108  
206.598.2912  
ФАКС 206.521.1612  
Понедельник - пятница с  
8:00 до 17:00

Harborview Medical Ctr (HMC)  
Financial Counseling  
325 9th Ave; Mail Stop 359758  
Seattle, WA 98104-2499  
206.744.3084  
ФАКС 206.744.5187  
Понедельник - пятница с  
8:00 до 16:30

UW Medical Center (UWMC)  
Financial Counseling  
1959 NE Pacific Street  
Mail Stop 356142  
Seattle, WA 98195-6142  
206.598.3806  
ФАКС 206.598.1122  
Понедельник - пятница с  
8:00 до 16:30

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

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  
ФАКС 206.668.6469  
Понедельник - пятница с  
8:00 до 16:30

NWN Physicians  
Patient Accounts & Inquiry  
P.O. Box 45850  
Seattle, WA 98145-0850  
206.520.9100 или 1.855.520.9100  
ФАКС 206.520.3200  
Понедельник - пятница с  
9:00 до 17:00

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  
ФАКС 206.520.3200  
Понедельник - пятница с  
9:00 до 17:00

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	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	\$ _____ <i>(пособие на содержание ребёнка, займы, лекарства, иное)</i>		

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий баланс на чековом счету

\$ \_\_\_\_\_

Текущий баланс на сберегательном счету

\$ \_\_\_\_\_

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