

# UW Medicine










## 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

 <b>Harborview Medical Center</b> Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 ФАКС 206.744.5187 Пн-Пт 8:00 – 16:30	 <b>UW Medical Center-Montlake</b> Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.744.3084 ФАКС 206.598.1122 Пн-Пт 8:00 – 16:30 p.m.	 <b>UW Medical Center-Northwest</b> Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 Пн-Пт 8:00 – 16:30 p.m.
 <b>Harborview Medical Center</b> <b>UW Medical Center</b> Patient Financial Services 1330 Meridian Ave. N Suite 260 Seattle, WA 98133 206.598.1950 или 1.877.780.1121 ФАКС 206.668.6469 Пн-Пт 8:00 – 16:30	 <b>Valley Medical Center</b> Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 Пн-Пт 8:00 – 17:00	 <b>UW Physicians</b> <b>UW Neighborhood Clinics</b> Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 or 1.855.520.9300 ФАКС 206.520.3200 Пн-Пт 9:00 – 17:00
 <b>Harborview Medical Center</b> <b>UW Medical Center</b> Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 или 1.877.780.1121 ФАКС 206.598.2360 Пн-Пт 8:00 – 16:30	 <b>Valley Medical Center</b> Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 Пн-Пт 8:00 – 17:00	 <b>Airlift Northwest</b> Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.598.2912 ФАКС 206.521.1612 Пн-Пт 8:00 – 17:00

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления, просим обращаться в указанное выше учреждение, в котором вы хотите получить медицинскую помощь. 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?  Да  Нет Если да, укажите предпочитаемый язык: \_\_\_\_\_
- Подавал ли пациент заявление на Medicaid?  Да  Нет Может потребоваться подать такое заявление, прежде чем будет
- Предоставляются ли пациенту общественные 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 медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой?  Да  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
Лицо, отвечающее за оплату счетов (гарант)	Степень родства с пациентом	Дата рождения гаранта
Почтовый адрес	Основной(ые) контактный(е) номер(а) ( ) _____ ( ) _____ Адрес электронной почты: _____	
Город	Штат	Почтовый индекс
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, относятся 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

Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное представление о

#### Ежемесячные расходы семьи:

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

### 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)  
 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