

Инструкция по заполнению формы заявления на получение финансовой помощи

Согласно требованиям штата Washington все больницы должны предоставлять финансовую помощь отдельным лицам и семьям с определенным уровнем дохода. В зависимости от размера вашей семьи и дохода вы можете претендовать на финансовую помощь, даже если у вас есть медицинская страховка. Медицинский центр и клиники Valley предоставляет финансовую помощь любому пациенту/поручителю, чей совокупный семейный доход составляет не более 400 % от федерального прожиточного уровня (Federal Poverty Level, FPL) с поправкой на размер семьи, после исчерпания любого стороннего страхового покрытия. Для услуг медицинского учреждения и/или профессиональных услуг в Медицинский центр и клиники Valley:

- 0 % - 300 % от FPL — финансовая помощь в виде скидки в размере 100 %

Для услуг медицинского учреждения в Медицинский центр и клиники Valley, только если дата выписки 1 июля 2022 г. и позже:

- 301 % - 350 % от FPL — финансовая помощь в виде скидки в размере 75 %
- 351 % - 400 % от FPL финансовая помощь в виде скидки в размере 50 %

Что покрывает финансовая помощь? Правила предоставления финансовой помощи распространяются на надлежащие больничные (услуги медицинского учреждения) и небольничные (профессиональные) услуги, предоставляемые Медицинский центр и клиники Valley при условии, что вы имеете право на получение помощи. Финансовая помощь может покрывать не все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Вы можете запросить дополнительную информацию или посетить наш веб-сайт по адресу valleymed.org/financialassistance.

Чтобы ваше заявление было обработано: Предоставьте информацию о своей семье, сообщите количество членов семьи в своем домохозяйстве (семья — люди, связанные между собой кровным родством, узами брака или на основании усыновления, которые живут вместе)

- Предоставьте информацию о совокупном ежемесячном доходе вашей семьи (до уплаты налогов и вычетов)
- Предоставьте документацию, подтверждающую доход семьи, и декларацию об активах
- При необходимости приложите дополнительные документы, например письма, подтверждающие предоставленную информацию
- Поставьте на заявлении подпись и дату

Для подачи заявления на получение финансовой помощи и предоставления сопроводительных документов на английском или испанском языке теперь можно использовать MyChart. Остальные документы можно подать по почте, факсу или лично. Любые предоставляемые сведения будут считаться защищенной медицинской информацией в соответствии с Законом о передаче данных и учете в системе медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Чтобы ваше заявление было обработано, вы должны быть зарегистрированным пациентом и иметь номер медицинской карты (MRN)

Медицинский центр и клиники Valley Patient Financial Services (Финансовые услуги для пациентов) P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Телефон: 425-690-3578 Факс: 425-690-9578 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 mychart.valleymed.org/#mychart	Медицинский центр и клиники Valley Patient Financial Services (Финансовые услуги для пациентов) 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Телефон: 425-690-3578 Факс: 425-690-9578 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 mychart.valleymed.org/#mychart
---	--

Если у вас возникнут вопросы и вам нужна помощь с заполнением заявления, обратитесь в Отдел финансовых услуг для пациентов. Вы можете получить помощь на любом основании, в том числе на основании того, что вы инвалид или что вам нужна языковая поддержка. Мы уведомим вас об окончательном решении о вашем соответствии критериям и о вашем праве на подачу апелляции (если применимо) в течение 14 календарных дней с момента получения полностью заполненного заявления на получение финансовой помощи, включая справки о доходах. Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на подачу запросов для подтверждения предоставленной информации.

Форма заявления на получение финансовой помощи — конфиденциально

Заполните все поля. Если какой-либо пункт к вам не относится, отметьте «Нет» или напишите «Не применимо» (NA). Если необходимо, приложите дополнительные листы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите предпочтительный язык: _____
Пациент подавал заявление на участие в программе Medicaid? ☐ Да ☐ Нет Перед рассмотрением вопроса о предоставлении финансовой помощи может потребоваться подача такого заявления
Имеет ли пациент в настоящее время медицинскую страховку? ☐ Да ☐ Нет
Получает ли пациент государственную помощь, такую как TANF, Basic Food или WIC? ☐ Да ☐ Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? ☐ Да ☐ Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с дорожной аварией или травмой на производстве? ☐ Да ☐ Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать ваше право на получение финансовой помощи, даже если вы подадите заявление.
- После подачи заявления мы можем проверить всю предоставленную информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- Мы сообщим вам о том, имеете ли вы право на получение помощи, в течение 14 календарных дней с момента получения заполненного заявления и документов.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Среднее имя пациента	Фамилия пациента	
☐ Муж. ☐ Жен. ☐ Другое (можно указать _____)	Номер медицинской карты (MRN)	Дата рождения пациента	Номер социального страхования пациента (необязательно)
Лицо, оплачивающее счет (поручитель)	Кем является пациенту	Дата рождения поручителя	Номер социального страхования поручителя (необязательно)
Почтовый адрес _____		Телефонные номера с кодом региона (_____) _____ (_____) _____ Адрес эл. почты: _____	
Город	Штат	Почтовый индекс	
Статус трудоустройства лица, оплачивающего счет: ☐ Трудоустроен(а) (дата трудоустройства): _____ ☐ Безработный(ая) (как давно): _____ ☐ Самозанятый(ая) ☐ Учащийся(аяся) ☐ Инвалид ☐ На пенсии ☐ Другое: _____			

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи в вашем домохозяйстве, **включая себя**. «Семья» — люди, связанные между собой кровным родством, узами брака или на основании усыновления, которые живут вместе.

РАЗМЕР _____

СЕМЬИ При необходимости приложите дополнительный лист

Имя	Дата рождения	Кем является пациенту	Для лиц от 18 лет: название компании-работодателя или источник дохода	Для лиц от 18 лет: общая сумма ежемесячного дохода (до уплаты налогов):	Тоже подает заявление на получение финансовой помощи?
					☐ Да ☐ Нет
					☐ Да ☐ Нет
					☐ Да ☐ Нет
					☐ Да ☐ Нет

Должны быть предоставлены сведения о доходах всех взрослых членов семьи. Источники дохода включают, например: - Заработную плату - SSI - Пособие по безработице - Доходы от самозанятости - Компенсацию работникам - Пособие по инвалидности - Алименты на ребенка/супружеские алименты - Программы предоставления работы во время учебы (для учащихся) - Пенсию - Распределение средств с пенсионных счетов - Другое (поясните)

Форма заявления на получение финансовой помощи — конфиденциально

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению необходимо приложить документы, подтверждающие доход.

Вы должны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения уровня финансовой помощи от вас требуется подтверждение дохода. Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны предоставить информацию о своих доходах. Если вы не можете предоставить документы, можно подать подписанное письменное заявление с указанием доходов. Предоставьте подтверждение каждого указанного источника дохода.

Примеры документов для подтверждения дохода:

- Декларация об удержании налогов «W-2»; или
- Текущие квитанции о заработной плате (за 3 месяца); или
- Банковские выписки (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация о доходах за прошлый год, включая приложения (если применимо); или
- Подписанные письменные заявления от работодателей или иных лиц (подтверждающие письма) с описанием вашей текущей финансовой ситуации и обстоятельств, если вы не можете предоставить подтверждение дохода; или
- Документы, подтверждающие ваше право или отказывающие вам в праве на участие в программе Medicaid и/или на получение медицинской помощи, финансируемой штатом; или
- Документы, подтверждающие ваше право или отказывающие вам в праве на получение компенсации по безработице; или письменные заявления от работодателей либо органов социального обеспечения.

ИНФОРМАЦИЯ О ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ РАСХОДАХ (При необходимости приложите дополнительный лист, чтобы указать прочие долги.)

Мы используем эту информацию, чтобы получить более полное представление о вашей финансовой ситуации.

Аренда/ипотека	\$	Медицинские расходы	\$
Страховые взносы	\$	Коммунальные услуги	\$
Прочие долги/расходы	\$	(алименты, кредиты, лекарства, другое)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ (не рассматривается в качестве критерия получения финансовой помощи, но используется для других программ)

Остаток на текущем расчетном счете \$	Есть ли у вашей семьи перечисленные активы? Отметьте все подходящие варианты ☐ Акции ☐ Облигации ☐ 401K ☐ Сберегательный(е) счет(а) ☐ Тростовые активы ☐ Собственный бизнес ☐ Недвижимое имущество (за исключением основного места жительства)
Остаток на текущем сберегательном счете \$	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если вы хотите предоставить дополнительную информацию о своей текущей финансовой ситуации, например о финансовых трудностях, сезонном или временном характере доходе или потере близкого человека, приложите дополнительный лист.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что для того, чтобы определить, имею ли я право на получение финансовой помощи или на оплату в рассрочку, Медицинский центр и клиники Valley может проверить предоставленные мной сведения путем анализа кредитной информации и получения информации из других источников.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, насколько мне известно, правдива и верна. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной информация является ложной, мне откажут в финансовой помощи и мне необходимо будет оплатить предоставленные услуги.

Имя заявителя

Дата