

Інструкція щодо заповнення форми заяви на отримання фінансової допомоги

Штат Washington вимагає від усіх лікарень надавати фінансову допомогу особам і сім'ям, які відповідають певним вимогам щодо рівня доходу. Ви можете претендувати на фінансову допомогу на підставі розміру вашої сім'ї та доходу, навіть якщо у вас є медичне страхування. Медичний центр Valley Medical Center & Clinics надає фінансову допомогу будь-якому пацієнту / поручителю, чий сукупний сімейний дохід не перевищує 400 % від Федерального рівня бідності (Federal Poverty Level, FPL) з урахуванням розміру сім'ї після того, як було вичерпано будь-яке страхове покриття від третіх осіб. За послуги, що надаються в закладі, та (або) професійні послуги в медичному центрі Valley Medical Center & Clinics:

- 0 %–300 % від FPL — надається 100 % знижки в якості фінансової допомоги
Лише за послуги, що надаються в закладі, з датою виписки 1 липня 2022 року або пізніше, у медичному центрі Valley Medical Center & Clinics:
- 301 %–350 % від FPL — надається 75 % знижки в якості фінансової допомоги
- 351 %–400 % від FPL — надається 50 % знижки в якості фінансової допомоги

Що охоплює фінансова допомога? Правила й норми, що регулюють отримання фінансової допомоги, охоплюють відповідні стаціонарні (у медичному закладі) та амбулаторні (професійні) послуги, що надаються медичним центром Valley Medical Center & Clinics, залежно від вашого права на отримання допомоги. Фінансова допомога може не охоплювати всі витрати на охорону здоров'я, зокрема послуги, що надаються іншими організаціями. Ви можете запросити додаткову інформацію або відвідати наш вебсайт за адресою valleymed.org/financialassistance.

Для того, щоб ваша заява була розглянута, ви повинні: надати нам інформацію про вашу сім'ю, повідомити нам кількість членів сім'ї у вашому домогосподарстві (до складу сім'ї входять люди, пов'язані між собою народженням, шлюбом або усиновленням, які проживають разом).

- Надайте дані про сукупний місячний дохід вашої сім'ї (до сплати податків та відрахувань)
- Надайте документи про доходи сім'ї та подайте декларацію про активи
- За потреби додайте додаткову інформацію, як-от листи підтримки для підтвердження вашої інформації
- Підпишіть форму й поставте дату

Тепер ви можете використовувати MyChart, щоб подати заяву на отримання фінансової допомоги та супровідні документи англійською або іспанською мовами. Для всіх інших заяв продовжуйте використовувати пошту, факс або подавайте їх особисто. Будь-яка інформація, подана на розгляд, буде оброблятися як захищена медична інформація відповідно до Закону про мобільність і підзвітність медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Щоб вашу заяву було опрацьовано, вам потрібно зареєструватися як пацієнт й отримати номер медичної карти (Medical Record Number, MRN)

Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Телефон 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 ПН-ПТ з 8:00 до 17:00 mychart.valleymed.org/#mychart	Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Телефон 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 ПН-ПТ з 8:00 до 17:00 mychart.valleymed.org/#mychart
---	--

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заяви, зв'яжіться з відділом фінансового обслуговування пацієнтів. Ви можете отримати допомогу з будь-якої причини, як-от через інвалідність чи мовну допомогу. Ми повідомимо вас про остаточне визначення права на отримання допомоги та апеляцію, якщо такі є, упродовж 14 календарних днів після отримання заповненої заяви на отримання фінансової допомоги з вкладеною документацією про доходи. Подаючи заяву на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на подання необхідних запитів для підтвердження інформації.

Форма заяви на отримання фінансової допомоги — конфіденційно

Надайте всю інформацію повністю. Якщо це вас не стосується, позначте «Ні» або напишіть «Не застосовно».
Прикріпіть додаткові сторінки за потреби.

ДАНІ СКРИНІНГУ

Чи потрібен вам перекладач? ☐ Так ☐ Ні	Якщо «Так», вкажіть бажану мову:
Чи подав пацієнт заяву на участь у програмі Medicaid? ☐ Так ☐ Ні Можливо, знадобиться подати заяву, перш ніж буде розглянуто питання щодо надання фінансової допомоги	
Чи є у пацієнта медичне страхування? ☐ Так ☐ Ні	
Чи отримує пацієнт державні соціальні послуги, як-от тимчасова допомога нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), базовий споживчий кошик (Basic Food) або спеціальна програма додаткового харчування для жінок, немовлят та дітей (Women, Infants, and Children, WIC)? ☐ Так ☐ Ні	
Чи є пацієнт наразі людиною без постійного місця проживання? ☐ Так ☐ Ні	
Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією або виробничою травмою? ☐ Так ☐ Ні	

ЗВЕРТАЄМО ВАШУ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, навіть якщо ви подасте заяву.
- Після того, як ви надішлете свою заяву, ми перевіримо всі дані й можемо попросити вас надати додаткову інформацію або документи про підтвердження доходу.
- Упродовж 14 календарних днів після отримання вашої заповненої заяви та документів ми повідомимо вам, чи маєте ви право на отримання допомоги.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ОСОБУ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВУ

Ім'я пацієнта	Друге ім'я пацієнта	Прізвище пацієнта	
☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (можна вказати _____)	Номер медичної карти (Medical Record Number, MRN)	Дата народження пацієнта	Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково)
Особа, що сплачує рахунок (поручитель)	Ким доводиться пацієнту	Дата народження поручителя	Номер соціального страхування поручителя (необов'язково)
Поштова адреса _____ _____ _____			Код регіону Номери телефонів (____) _____ (____) _____ Адреса електронної пошти:
Місто	Штат	Поштовий індекс	
Статус зайнятості особи, яка сплачує рахунок: ☐ Працює (дата працевлаштування): ☐ Не працює (як довго не працює): ☐ Самозайнятий(-а) ☐ Навчається ☐ Має інвалідність ☐ На пенсії ☐ Інше:			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Вкажіть членів сім'ї у вашому домогосподарстві, **включно з вами**. До складу «сім'ї» входять люди, пов'язані між собою народженням, шлюбом або усиновленням, які проживають разом.

РОЗМІР СІМ'Ї _____

Прикріпіть додаткову сторінку за потреби

Ім'я та прізвище	Дата народження	Ким доводиться пацієнту	Від 18 років: назва роботодавця(-ів) або джерело доходу	Від 18 років: загальний сукупний місячний дохід (до сплати податків):	Також подає заяву на отримання фінансової допомоги?
					☐ Так ☐ Ні
					☐ Так ☐ Ні
					☐ Так ☐ Ні
					☐ Так ☐ Ні

Необхідно обов'язково вказати доходи всіх повнолітніх членів сім'ї. Приклади джерел доходу: - Заробітна плата - Додатковий соціальний дохід (Supplemental Security Income, SSI)
 - Безробіття – Самозайнятість - Компенсація за непрацездатність – Інвалідність - Аліменти на дитину / утримання одного з подружжя
 - Програми працевлаштування під час навчання (для учнів/студентів) - Пенсія - Розподіл коштів на пенсійному рахунку - Інше(поясніть, будь ласка)

Форма заяви на отримання фінансової допомоги — конфіденційно

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХОДИ

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Ви повинні додати до своєї заявки документи про підтвердження доходу.

Ви повинні надати інформацію про доходи вашої сім'ї. Для призначення фінансової допомоги необхідна перевірка доходів. Усі члени сім'ї, яким виповнилося 18 років, повинні розкрити інформацію про свої доходи. Якщо ви не можете надати документи, ви можете надіслати письмову підписану заяву з описом ваших доходів.

Просимо вас надати підтвердження для кожного вказаного джерела доходу.

Приклади документів про підтвердження доходу:

- декларація про заробітну плату й податки — форма W-2; або
- квитанції про нарахування поточної заробітної плати (за 3 місяці); або
- банківські виписки (за 3 місяці); або
- минулорічна податкова декларація з додатками, якщо такі є; або
- письмові, підписані заяви від роботодавців або інших осіб (лист підтримки) із зазначенням вашого поточного фінансового стану та обставин, якщо ви не маєте документів про підтвердження доходу; або
- форми, що підтверджують або відмовляють у праві на отримання медичної допомоги за програмою Medicaid та (або) медичної допомоги, що фінансується штатом; або
- форми, що підтверджують або спростовують виплату допомоги по безробіттю; або письмові заяви від роботодавців чи органів соціального забезпечення.

ЩОМІСЯЧНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ (Прикріпіть ще одну сторінку, щоб перерахувати інші борги за необхідності).

Ми використовуємо цю інформацію, щоб докладно зрозуміти вашу фінансову ситуацію.

Оренда /іпотека	\$	Витрати на медичне обслуговування	\$
Страхові внески	\$	Комунальні послуги	\$
Інші борги / витрати	\$	(аліменти на дитину, позики, ліки, інше)	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АКТИВИ (не враховується для отримання фінансової допомоги, але використовується для інших програм)

Поточний залишок на поточному рахунку \$	Чи має ваша сім'я інші активи? Позначте всі пункти, що вас стосуються ☐ Акції ☐ Облігації ☐ 401K ☐ Ощадні рахунки на охорону здоров'я ☐ Трастові рахунки ☐ Власність (за винятком основного місця проживання) ☐ Власний бізнес
Поточний залишок на ощадному рахунку \$	

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Прикріпіть додаткову сторінку, якщо у вас є інша інформація про вашу поточну фінансову ситуацію, яку ви хотіли б нам повідомити, наприклад, фінансові труднощі, сезонний або тимчасовий дохід або особиста втрата.

УГОДА З ПАЦІЄНТОМ

Я розумію, що медичний центр Valley Medical Center & Clinics може перевіряти інформацію, переглядаючи кредитну інформацію та отримуючи інформацію з інших джерел, щоб визначити право на отримання фінансової допомоги або планів оплати.

Я підтверджую, що наведена вище інформація є достовірною і правильною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо надана мною інформація буде визнана неправдивою, це призведе до відмови в отриманні фінансової допомоги, і я нестииму відповідальність за надані послуги та буду зобов'язаний(-а) їх оплатити.

Ім'я та прізвище особи, яка подає заяву

Дата