

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 определённым 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, посвящённый 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

 Harborview Medical Center 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	 UW Medical Center-Montlake 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.	 UW Medical Center-Northwest Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 Пн-Пт 8:00 – 16:30 p.m.
 Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services 10330 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	 Valley Medical Center 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	 UW Physicians UW Neighborhood Clinics 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
 Harborview Medical Center UW Medical Center 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	 Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 Пн-Пт 8:00 – 17:00	 Airlift Northwest 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