

# 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](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

Чтобы подать свои документы в учреждение, в котором вы хотите получить медицинскую помощь, воспользуйтесь системой MyChart (кроме программы Airlift Northwest) для отправки Заявления о Предоставлении Финансовой Помощи и сопроводительных документов на английском языке. Заявления на других языках продолжайте подавать по почте, факсом или лично. — UW Medicine обязуется обеспечивать конфиденциальность и достоинство каждого пациента.

Любая информация, предоставляемая для рассмотрения предоставления финансовой помощи, считается охраняемой медицинской информацией в соответствии с Законом о Портативности и Ответственности Медицинского Страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

**Для обработки вашего заявления вы должны быть зарегистрированным пациентом и иметь номер медицинской карты (Medical Record Number, MRN).** Для медицинских центров Harborview Medical Center, UW Medical Center-Montlake, UW Medical Center-Northwest, UW Physicians и UW Neighborhood Clinics позвоните в консультационный центр по номеру 206.520.5000, чтобы зарегистрироваться, прежде чем заполнять заявление.

<p>Harborview Medical Center UW Physicians UW Neighborhood Clinics Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 Телефон 206.744.3084 Факс 206.744.5187 Пн — Пт с 8:00 до 16:30 <a href="http://mychart.uwmedicine.org">mychart.uwmedicine.org</a></p>	<p>UW Medical Center-Montlake UW Physicians UW Neighborhood Clinics Financial Counseling 1959 NE Pacific Street; Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 Телефон 206.744.3084 Факс 206.598.1122 Пн — Пт с 8:00 до 16:30 <a href="http://mychart.uwmedicine.org">mychart.uwmedicine.org</a></p>	<p>UW Medical Center-Northwest UW Physicians UW Neighborhood Clinics Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 Телефон 206.744.3084 Факс 206.598.1122 Пн — Пт с 8:00 до 16:30 <a href="http://mychart.uwmedicine.org">mychart.uwmedicine.org</a></p>
<p>Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Телефон 425.690.3578 Факс 425.690.9578 Пн — Пт с 8:00 до 17:00 <a href="http://mychart.valleymed.org/#mychart">mychart.valleymed.org/#mychart</a></p>	<p>Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Телефон 425.690.3578 Факс 425.690.9578 Пн — Пт с 8:00 до 17:00 <a href="http://mychart.valleymed.org/#mychart">mychart.valleymed.org/#mychart</a></p>	<p>Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 Телефон 206.598.2912 Факс 206.521.1612 Пн — Пт с 8:00 до 17:00</p>

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, отметьте вариант «Нет» или укажите «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
- Есть ли у пациента в настоящий момент медицинская страховка?  Да  Нет
- 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 _____)	№ медицинской карты (MRN)	Дата рождения пациента	№ социального страхования (по выбору)
Лицо, оплачивающее счет (гарант)	Степень родства с пациентом	Дата рождения гаранта Дата	№ социального страхования (по выбору)
Почтовый адрес		Номера телефонов с кодом территории ( ) _____ ( ) _____ Адрес электронной почты: _____	
Город	Штат	Почтовый индекс	

Статус занятости лица, оплачивающего счет

Трудоустроен (дата найма: \_\_\_\_\_)  Безработный (в течение какого времени: \_\_\_\_\_)

Работает на себя  Студент  Инвалид  Пенсионер  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

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