

# UW Medicine

## Инструкции по подаче заявления о предоставлении финансовой помощи

Штат Washington требует, чтобы все больницы оказывали финансовую помощь отдельным лицам и семьям, уровень дохода которых соответствует определенным требованиям. Вы можете претендовать на получение финансовой помощи в зависимости от размера вашей семьи и уровня дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. UW Medicine предоставляет финансовую помощь любому пациенту/поручителю, чей общий доход семьи не превышает 400 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) и с поправкой на размер семьи после использования любого страхового покрытия третьей стороны. Для услуг учреждений и (или) профессиональных услуг в Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, UW Medicine Primary Care и Valley Medical Center:

- 0–300 % FPL для 100 % скидки на финансовую помощь.

Для услуг учреждений только с датами выплаты 1 июля 2022 г. или после в медицинских центрах Harborview Medical Center, UW Medical Center и Valley Medical Center:

- 301–350 % FPL для 75 % скидки на финансовую помощь;
- 351–400 % FPL для 50 % скидки на финансовую помощь.

**Что покрывает финансовая помощь?** Условия финансовой помощи распространяются на соответствующие стационарные (учреждения) и внебольничные (профессиональные) услуги, предоставляемые UW Medicine, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на здравоохранение, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Вы можете запросить дополнительную информацию или посетить наш веб-сайт финансовой помощи по адресу [uwmedicine.org/financialassistance](http://uwmedicine.org/financialassistance) или [valleymed.org/financialassistance](http://valleymed.org/financialassistance).

**Для того, чтобы ваша заявка была обработана, вам необходимо:** предоставить нам информацию о вашей семье, сообщить количество членов семьи в вашем домохозяйстве (семья подразумевает людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые проживают совместно);

- предоставить нам информацию об общем ежемесячном доходе вашей семьи (до вычета налогов и списаний);
- предоставить документы о доходах семьи и декларацию об имуществе;
- при необходимости приложить дополнительную информацию, например, рекомендательные письма, подтверждающие предоставленную вами информацию;
- подписать бланк и поставить дату.

Для подачи заявки на получение финансовой помощи и предоставления сопроводительных документов на английском языке вы теперь можете использовать MyChart (кроме Airlift Northwest) в зависимости от места вашего обслуживания. Все остальные заявки по-прежнему подаются по почте, факсу или лично. Любая информация, представленная на рассмотрение, будет считаться защищенной медицинской информацией в соответствии с законом «О мобильности и подотчетности 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 Medicine Primary Care позвоните в консультационный центр по номеру 206.520.5000, чтобы зарегистрироваться, прежде чем заполнять заявление.

<p>Harborview Medical Center UW Physicians UW Medicine Primary Care 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 Medicine Primary Care 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 Medicine Primary Care 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 и нужна помощь в заполнении этой заявки, обратитесь в указанное выше учреждение, в котором вы получаете медицинские услуги. Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая инвалидность и языковую помощь. Мы уведомим вас об окончательном определении вашего права на участие в программе и правах на апелляцию, если применимо, в течение 14 календарных дней после получения полностью заполненной заявки на получение финансовой помощи, включая документацию о доходах. Отправляя заявку на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, что мы сделаем необходимые запросы для подтверждения указанной вами информации.

**Мы хотим помочь. Подавайте заявку как можно скорее! Вы можете получить счета на оплату услуг до тех пор, пока мы не получим направленную вами информацию. UW Medicine и Fred Hutchinson Cancer Center (FHCC) могут обмениваться информацией, если это необходимо, чтобы помочь пациентам, обращающимся за помощью в оба учреждения (в течение 90 дней после заполнения заявки). Если заявка одобрена обоими учреждениями, период утверждения может отличаться.**

# 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	Дата рождения	№ 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.

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.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, просим приложить дополнительную страницу с пояснениями.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

(При необходимости приложите ещё одну страницу с указанием других

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

#### Ежемесячные расходы семьи:

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

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий баланс на чековом счёту

\$ \_\_\_\_\_

Текущий баланс на сберегательном счёту

\$ \_\_\_\_\_

Имеет ли ваша семья другие такие активы?

#### Отметьте всё применимое

- Акции  Облигации  401K  Медицинский(е)  сберегательный(е) счет(а)  
 Недвижимость (исключая основное место жительства)  Свой бизнес

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например финансовые трудности, сезонный или временный доход или личные потери.

### СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Мне известно, что UW Medicine и FHCC могут проверять информацию, просматривая кредитную историю и получая сведения из других источников, чтобы помочь в определении права на получение финансовой помощи или плана выплат. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и правильной. Мне разъяснено, что если информация, которую я предоставляю, будет определена как ложная, мне будет отказано в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и, ожидается, что оплачу их самостоятельно.

Имя и фамилия лица, подающего заявку \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_