



## Инструкции по заполнению формы заявления на получение благотворительной/финансовой помощи

Это заявление на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная помощь) в *Skagit Regional Health*.

**В штате Вашингтон все больницы обязаны предоставлять финансовую помощь** людям и семьям, которые соответствуют определенным критериям в отношении дохода. В зависимости от размера и дохода вашей семьи вы можете иметь право на бесплатное обслуживание или обслуживание по льготной цене, даже если у вас есть медицинская страховка. Ознакомьтесь с нашей [Политикой предоставления финансовой помощи и оплаты со скользящей шкалой скидок здесь](#).

**Что покрывает программа финансовой помощи?** Программа финансовой помощи покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые *Skagit Regional Health*, в зависимости от вашего соответствия критериям. Программа финансовой помощи может не покрывать все расходы на здравоохранение, в том числе услуги, предоставляемые другими организациями.

**Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением этой формы заявления:** вы можете получить помощь по любым вопросам, в том числе помощь по инвалидности и языковую помощь, позвонив по номеру, указанному в нашей выписке по счету (360-814-7575), или обратившись по адресам, указанным ниже.

### Для обработки вашего заявления:

- Предоставьте нам информацию о вашей семье**  
Укажите количество членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве (семья включает лиц, связанных рождением, браком или усыновлением, которые живут вместе)
- Предоставьте нам информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доход до налогов и вычетов)**
- Предоставьте документы о доходах семьи**
- При необходимости предоставьте дополнительную информацию**
- Подпишите и укажите дату на форме**

**Примечание: чтобы подать заявление на финансовую помощь, предоставлять номер социального страхования не обязательно.** Если вы укажете номер социального страхования, это поможет ускорить обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «Н/Д».

**Заполненное заявление и сопровождающую документацию отправьте по почте или по факсу:**

Skagit Regional Health – PO Box 1376, Mt. Vernon, WA 98273. Факс - 360-445-8592.

Обязательно сохраните у себя копию.

Мы уведомим вас об окончательном решении касательно права на получение помощи и правах на апелляцию (в соответствующих случаях) в течение 14 календарных дней с момента получения заявления на получение финансовой помощи, включая документацию о доходах.

Отправляя заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы сделали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Пожалуйста, подавайте заявление как можно скорее!  
До тех пор, пока мы не получим вашу информацию, вы можете получать счета.**

## Форма заявления на получение благотворительной/ финансовой помощи – конфиденциально

Пожалуйста, заполните все поля. В случае неприменимости укажите «Н/Д». При необходимости прикрепите дополнительные страницы.

### СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите предпочитаемый язык:
Подал ли пациент заявку на получение Medicaid?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Может потребоваться подать заявку до рассмотрения вопроса о предоставлении финансовой помощи.
Получает ли пациент государственные услуги на уровне штата (например, TANF, Basic Food или WIC)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Является ли пациент в настоящее время бездомным?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

### ВАЖНО

- Даже если вы подадите заявление, мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на получение финансовой помощи.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- Мы уведомим вас о том, имеете ли вы право на получение помощи, в течение 14 календарных дней с момента получения заполненного заявления и документации.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой вариант (укажите _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (необязательно*)  <small>*необязательно, но необходимо для предоставления помощи в объеме, превышающем лимиты, установленные законодательством штата</small>
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения
		Номер социального страхования (необязательно*)  <small>*необязательно, но необходимо для предоставления помощи в объеме, превышающем лимиты, установленные законодательством штата</small>
Почтовый адрес		Основной контактный номер(а)
_____ _____		( ) _____ ( ) _____
Город	Штат	Индекс
Адрес эл. почты: _____		
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета		
<input type="checkbox"/> Работает (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (как долго безработный: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другой вариант ( _____)		

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая вас. Семья включает лиц, связанных рождением, браком или усыновлением, которые живут вместе.

#### СОСТАВ СЕМЬИ \_\_\_\_\_

При необходимости прикрепите дополнительную страницу

Имя	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц старше 18 лет: Имя работодателя(ей) или источник дохода	Для лиц старше 18 лет: Общий валовый ежемесячный доход (до налогов)	Тоже подает заявление на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

**Необходимо предоставить информацию о доходе для всех взрослых членов семьи. Примеры источников дохода:**

- Заработная плата    - Пособие по безработице    - Самозанятость    - Компенсация служащим    - Пособие по инвалидности
- SSI    - Помощь от детей/супруга    - Программы стажировок (студенты)    - Пенсия    - Платежи по пенсионному счету
- Другой вариант (укажите \_\_\_\_\_)

**Форма заявления на получение благотворительной/  
финансовой помощи – конфиденциально**

**ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ**

**НАПОМИНАЕМ:** К заявлению необходимо приложить документы, подтверждающие доход.

Вы должны предоставить информацию о доходах вашей семьи. Для определения возможности предоставления финансовой помощи нам необходимо проверить доход. Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны предоставить информацию о своем доходе. Если вы не можете предоставить подтверждающие документы, вы можете подать письменное заявление, заверенное вашей подписью, с описанием вашего дохода. Пожалуйста, предоставьте доказательства для каждого источника дохода.

**Примеры подтверждения дохода:**

- заявление об удержании налога «W-2»; или
- текущие квитанции о начислении заработной платы (**3 месяца**); или
- налоговая декларация за прошлый год, с приложениями (если применимо); или
- письменные заявления от работодателей или других лиц, заверенные подписью; или
- документ, подтверждающий одобрение/отказ в праве на получение Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой штатом; или
- документ, подтверждающий одобрение/отказ в праве на пособие по безработице.

Если у вас нет документа, подтверждающего доход, или вы не имеете дохода, предоставьте объяснение на дополнительной странице.

**ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ**

Мы используем эту информацию, чтобы получить более полную картину вашего финансового положения.

**Ежемесячные семейные расходы:**

Аренда/ипотека	\$ _____	Затраты на медицинское обслуживание	\$ _____
Взносы по страховке	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Прочие долги/расходы	\$ _____	(алименты, кредиты, лекарства и прочее)	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу, если вы хотите предоставить дополнительную информацию о вашем текущем финансовом положении (например, информацию о финансовых трудностях, чрезмерных расходах на медицинское обслуживание, сезонном или временном доходе или личных потерях).

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

Я понимаю, что в целях помощи в определении права на получение финансовой помощи или использование планов оплаты Skagit Regional Health может проверять информацию посредством проверки кредитной информации и получения информации из других источников

Я подтверждаю, что, по имеющимся у меня сведениям, приведенная выше информация является правдивой и правильной. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация окажется ложной, это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и я могу понести ответственность за оплату предоставленных услуг.

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявление

\_\_\_\_\_  
Дата