



## 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)		

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ**

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает **100%** установленного на федеральном уровне порога бедности.

Текущий баланс расчетного банковского счета \$ _____	Есть ли у вашей семьи какие-либо из перечисленных ниже активов? <b>Выберите все, что применимо</b> <input type="checkbox"/> Акции <input type="checkbox"/> Облигации <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Медицинские сберегательные счета <input type="checkbox"/> Траст(ы) <input type="checkbox"/> Недвижимость (за исключением основного места жительства) <input type="checkbox"/> Собственный бизнес
Текущий баланс сберегательного счета \$ _____	

**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