

## Запрос о получении благотворительной/финансовой помощи

Уважаемый пациент и члены семьи!

В соответствии с нашей миссией и ключевыми ценностями мы стремимся оказывать медицинские услуги независимо от платежеспособности пациентов.

### **Наша благотворительная/финансовая помощь**

Вам может быть трудно оплачивать медицинские услуги. Пациенты, которые не в состоянии оплатить всю стоимость медицинских услуг или ее часть, могут подать заявление на получение финансовой помощи. Для этого необходимо заполнить и вернуть данную форму. Пациенты, которые соответствуют определенным требованиям в отношении дохода, могут претендовать на бесплатную помощь или получение услуг по сниженной стоимости в зависимости от размера и дохода их семьи, даже если у них есть медицинская страховка.

Для просмотра нашей политики в отношении финансовой помощи и руководства по скользящей шкале посетите веб-сайт штата по месту проживания: <https://www.providence.org/obp>

**Что покрывает эта финансовая помощь?** Финансовая помощь покрывает необходимые медицинские услуги, предоставляемые одним из наших центров оказания помощи, если вы отвечаете определенным требованиям. Финансовая помощь может не покрывать стоимость всех медицинских услуг, в том числе услуг, предоставляемых другими организациями.

**Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь в заполнении настоящего заявления,** наша политика в отношении финансовой помощи, информация о программах, а также материалы для подачи заявления доступны на нашем веб-сайте или по телефону. Вы можете получить любую помощь, в том числе помощь для инвалидов или услуги переводчика. Как с нами связаться:

<https://www.providence.org/obp>

Специалисты по работе с клиентами: 503-215-3030 или 866-747-2455, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00.

### **Чтобы ваше заявление было рассмотрено, необходимо:**

- указать информацию о семье:**  
укажите количество проживающих с вами членов семьи (членами семьи являются люди, связанные родством по крови, вследствие заключения брака или в результате усыновления/удочерения и которые проживают совместно).
- указать информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи** (доход до уплаты налогов и других вычетов);
- указать информацию об активах** (в соответствии с формой заявления на получение финансовой помощи);
- приложить дополнительную информацию при необходимости;**
- подписать форму заявления на получение финансовой помощи с указанием даты.**

**\*\*Необходимо подтверждение источника дохода\*\***

**Вместе с заявлением предоставьте копии следующих документов:**

- квитанции о выплате заработной платы за последние 3 месяца;
- последние поданные налоговые декларации всех членов семьи;
- представьте подтверждение любого другого источника дохода, указанного в форме заявления на получение финансовой помощи.

**Примечание.** Для подачи заявления на получение финансовой помощи вы не обязаны указывать номер социального страхования. Номер социального страхования поможет ускорить рассмотрение вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки представленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «not applicable» («Не применимо») или «NA» («Н/п»).

**Отправьте заполненное заявление и прочие документы на следующий адрес (сохраните у себя копию):**

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland OR 97208-3395

**Вы можете подать заявление лично.** Посетите кассовый отдел ближайшей больницы.

Мы уведомим вас об окончательном решении относительно вашего права на получение помощи и праве на апелляцию (если это применимо) в течение 14 календарный дней с момента получения заполненного заявления на получение финансовой помощи, включая документы, подтверждающие доход.

Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы предоставляете свое согласие на осуществление нами запросов для подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Просим подавать заявления своевременно!  
Вы можете получить счета на оплату услуг до получения нами вашей информации.**

## Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи (конфиденциально)

Заполните все поля. Если вопрос к вам не относится, укажите «НА». При необходимости используйте дополнительные страницы.

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ

Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если да, укажите предпочтительный язык:</i>
Подали ли вы заявление на участие в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Возможно, потребуется подать такое заявление до рассмотрения заявления на получение финансовой помощи.</i>
Получает ли пациент государственные услуги, оказываемые органами штата, например услуги по программе TANF (Программа временной помощи для нуждающихся семей), Basic Food (Программа финансовой помощи на покупку продуктов питания) или WIC (Программа помощи женщинам и детям)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент в настоящий момент бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с дорожно-транспортным происшествием или травмой, полученной на работе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

### ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать получение вами финансовой помощи, даже если вы подали заявление.
- После того как вы отправили заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительные данные или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения нами вашего заполненного заявления и документов мы уведомим вас о том, соответствуете ли вы критериям для получения помощи.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента	Фамилия пациента
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (укажите (необязательно) _____)	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно*)  <i>* Необязательно, однако необходимо для получения большего объема помощи свыше норм, установленных законодательными требованиями штата.</i>
Лицо, ответственное за оплату счета	Степень родства с пациентом	Дата рождения
Почтовый адрес _____ _____	Номер социального страхования (необязательно*)  <i>* Необязательно, однако необходимо для получения большего объема помощи свыше норм, установленных законодательными требованиями штата.</i>	
Город _____	Штат _____	Почтовый индекс _____
Информация о трудоустройстве лица, ответственного за оплату счета <input type="checkbox"/> Работа по найму (дата трудоустройства: _____) <input type="checkbox"/> Безработный(ая) (длительность периода отсутствия работы: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятое лицо <input type="checkbox"/> Учащийся(аяся) <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое ( _____ )		

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов вашей семьи, включая вас. Членами семьи являются люди, связанные родством по крови, вследствие заключения брака или в результате усыновления/удочерения и которые проживают совместно.

#### РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_

*При необходимости используйте дополнительную страницу.*

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Если лицо в возрасте 18 лет или старше: Название(я) работодателя(ей) или источник дохода	Если лицо в возрасте 18 лет или старше: Общий валовой ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Также подает заявление на получение финансовой помощи?
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет

**Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. Источники дохода включают, например, следующее:**

- Заработная плата
- Пособие по безработице
- Доход от самозанятости
- Компенсация в случае получения травмы на рабочем месте
- Пособие по инвалидности
- SSI (дополнительный социальный доход)
- Алименты на содержание ребенка/супруга(и)
- Рабочие программы для учащихся
- Пенсия
- Выплаты с пенсионного счета
- Другое (укажите \_\_\_\_\_)

## Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи (конфиденциально)

### ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

**ВНИМАНИЕ!** Вместе с заявлением необходимо приложить подтверждение дохода.

Необходимо представить информацию о доходе вашей семьи. Для вынесения решения о предоставлении финансовой помощи необходимо подтверждение доходов.

**Необходимо указать информацию о доходе всех членов семьи в возрасте 18 лет или старше. Если вы не можете представить документы, вы можете подать письменное заявление с описанием вашего дохода, подписанное вами. Представьте подтверждение каждого указанного источника дохода.**

**Примеры документов, подтверждающих доход:**

- справка об удержаниях, форма W-2;
- текущие квитанции о выплатах (за 3 месяца);
- декларация по подоходному налогу за прошлый год, включая прилагаемые формы, если применимо;
- справка от работодателя, подписанная им, или иные письменные документы;
- одобрение/отклонение заявления на участие в программе Medicaid и (или) на получение медицинской помощи, финансируемой штатом;
- одобрение/отклонение заявления на получение пособия по безработице.

Если у вас нет документов, подтверждающих доход, или нет дохода, приложите дополнительную страницу с пояснением.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем данную информацию для получения полной картины о вашем финансовом положении.

**Ежемесячные расходы семьи:**

Аренда/ипотека \_\_\_\_\_ долл.

Страховые взносы \_\_\_\_\_ долл.

Другие виды \_\_\_\_\_ долл

задолженностей/расходов

Медицинские расходы \_\_\_\_\_ долл.

Коммунальные платежи \_\_\_\_\_ долл.

(алименты на содержание ребенка, займы,  
расходы на лекарственные препараты, другое)

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает 200% федерального прожиточного минимума.

Текущий остаток на расчетном счете  
\_\_\_\_\_ долл.

Текущий остаток на сберегательном счете  
\_\_\_\_\_ долл.

Есть ли у вашей семьи другие активы?

**Отметьте все подходящие варианты.**

Акции  Облигации  Накопительный пенсионный счет 401K

Медицинский(ие) сберегательный(ые) счет(а)  Траст(ы)

Недвижимость (кроме основного места проживания)  Владелец бизнеса

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если вы хотите указать какую-либо иную информацию о вашем текущем финансовом положении, например о финансовых затруднениях, сезонном или временном доходе или убытках, приложите дополнительную страницу.

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что Providence Health & Services может проверить информацию путем проверки кредитной информации и получения информации из других источников с целью принятия решения о наличии у меня права на получение финансовой помощи или участие в программах выплат.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что если информация, представленная мной, будет признана недостоверной, мне будет отказано в предоставлении финансовой помощи и я буду обязан(а) оплатить оказанные мне услуги.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата