

## Инструкция по заполнению заявки на благотворительную/финансовую помощь

Это заявка на получение финансовой помощи (иначе называемой благотворительной помощью) в региональном медицинском центре Kadlec.

**Согласно федеральному закону и закону штата требуется, чтобы все больницы оказывали финансовую помощь** людям и семьям, соответствующим определенным критериям в отношении доходов. Вы можете претендовать на бесплатное или льготное обслуживание в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и рекомендациями по скользящей шкале, перейдите на веб-сайт больницы по ссылке [www.kadlec.org](http://www.kadlec.org) и нажмите «Pay Bill and Financial Assistance» (оплата счетов и финансовая помощь).

**Что покрывает финансовая помощь?** Медицинская финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, необходимые по медицинским показаниям и предоставляемые нашей больницей, в зависимости от соответствия вами определенным критериям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

**Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь по заполнению этой заявки:** вы можете ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи, информацией о программах и материалами заявки на нашем веб-сайте или по телефону. Вы можете получить помощь по любому поводу, включая помощь в связи с ограниченными возможностями и помощь переводчика. Перевод письменных документов предоставляется по запросу. Вы можете связаться с нами следующим образом: перейти по ссылке [www.kadlec.org](http://www.kadlec.org) и нажать «Pay Bill and Financial Assistance» (оплата счетов и финансовая помощь).

Представители службы поддержки: 855-367-1343 или 509-942-2626

### Чтобы ваша заявка была обработана, вам необходимо сделать следующее.

- Предоставить нам информацию о вашей семье.**  
Укажите количество членов вашей семьи (семья состоит из людей, связанных по рождению, браку или усыновлению, которые живут вместе).
- Предоставить нам информацию о совокупном месячном доходе вашей семьи (доход до уплаты налогов и отчислений), включая справки о начислении заработной платы, формы W-2, налоговые декларации, письма с указанием суммы социального пособия и т. п.**  
(больше примеров см. в разделе о доходах заявки на финансовую помощь).
- Предоставить документацию о семейном доходе и указать активы.**
- Приложить дополнительную информацию, при необходимости.**
- Поставить свою подпись и дату в заявке на финансовую помощь.**

**Примечание. Вы не обязаны указывать номер социального страхования, чтобы подать заявку на финансовую помощь.** Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это ускорит обработку вашей заявки. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, поставьте отметку «нет данных» или «н/д».

**Отправьте заполненную заявку вместе со всей документацией по адресу:** Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352. Не забудьте сохранить копию для себя.

**Чтобы подать заполненную заявку лично:** Документ необходимо отправить непосредственно представителю по выставлению счетов. Адрес: 1268 Lee Blvd. Часы приема: с понедельника по пятницу, 8:15—16:30.

Мы сообщим вам об окончательном заключении относительно вашего соответствия и права на обжалование, если это применимо, в течение 14 дней с момента получения заполненной заявки на финансовую помощь, включая документацию о доходах.

Отправляя заявку на финансовую помощь, вы даете нам свое согласие на запрос необходимых сведений для подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим оказать помощь. Отправьте заявку в кратчайшие сроки!  
Вы можете получать счета, пока мы не получим вашу информацию.**

## Заявка на благотворительную/финансовую помощь — конфиденциально

Заполните всю информацию в полном объеме. Если пункт к вам не относится, впишите «н/д». Приложите дополнительные страницы, если это необходимо.

### СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли вам переводчик?  Да  Нет Если да, укажите предпочтительный язык: \_\_\_\_\_

Подавал ли пациент заявку в программу Medicaid?  Да  Нет

Получает ли пациент государственные бесплатные услуги, например, TANF (программа оказания временной помощи нуждающимся семьям), основные продукты питания или WIC (программа помощи женщинам, младенцам и детям)?  Да  Нет

Является ли пациент бездомным в настоящее время?  Да  Нет

Связана ли необходимая пациенту медицинская помощь с автомобильной аварией или производственной травмой?  Да  Нет

### ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если подадите заявку.
- После того, как вы отправите заявку, мы можем проверить все сведения и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 14 дней после получения вашей заполненной заявки и документации мы сообщим вам, имеете ли вы право на помощь.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Второе имя пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно*) <small>*Необязательно, но необходимо для получения более щедрой помощи, чем требуется законодательством штата.</small>	
Лицо, ответственное за оплату счета		Связь с пациентом	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно*) <small>*Необязательно, но необходимо для получения более щедрой помощи, чем требуется законодательством штата.</small>	
Почтовый адрес				Основной номер (номера) телефона	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Город		Штат		Почтовый индекс	
_____				Адрес электронной почты: _____	
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета					
<input type="checkbox"/> Трудоустроенный (дата приёма на работу: _____) <input type="checkbox"/> Нетрудоустроенный (сколько времени нетрудоустроенный: _____)					
<input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Нетрудоспособный <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Другое (_____)					

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи вашего домохозяйства, включая себя. К «семье» относятся люди, связанные по рождению, браку или усыновлению, которые живут вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_

Приложите дополнительную страницу, если это необходимо.

Имя	Дата рождения	Связь с пациентом	Если возраст 18 лет и более: имя работодателя(-ей) или источник дохода	Если возраст 18 лет и более: общий совокупный ежемесячный доход (до уплаты налогов):	Также подает заявку на финансовую помощь?
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет
					Да/нет

**Доход всех взрослых членов семьи должен быть указан. К источникам дохода относится, к примеру, следующее:**

- Заработная плата - Отсутствие трудоустройства - Индивидуальное предпринимательство - Компенсационные выплаты работникам - Утрата трудоспособности - Пособие SSI - Пособие на ребенка/алименты - Программы «work study» (учись и работай) (учащиеся) - Пенсия - Распределение пенсионных счетов - Другое (укажите \_\_\_\_\_)

## Заявка на благотворительную/финансовую помощь — конфиденциально

### ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

**ПОМНИТЕ!** Вы должны приложить подтверждение дохода к вашей заявке.

Вы должны предоставить информацию о доходах вашей семьи. Проверка дохода необходима для заключения о финансовой помощи.

**Все члены семьи возрастом 18 лет и старше должны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать письменное подписанное заявление с описанием вашего дохода. Предоставьте подтверждение для каждого указанного источника дохода.**

**К примерам подтверждения дохода относится следующее:**

- выписка об удержании «W-2»; или
- актуальные справки о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- декларация о подоходном налоге за последний год, включая добавочные листы; или
- письменные подписанные заявления от работодателей или других лиц; или
- одобрение/отказ в праве на участие в программе Medicaid и/или на получение медицинской помощи, финансируемой государством; или
- одобрение/отказ в праве на получение пособия по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или доход отсутствует, приложите дополнительную страницу с объяснением.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию, чтобы получить более полное представление о вашем финансовом положении.

Ежемесячные расходы на домашнее хозяйство:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Прочие долговые обязательства/расходы	\$ _____	(алименты, кредиты, лекарственные препараты, другое)	

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает 101 % от федерального уровня бедности.

Текущий счет в банке \$ _____	Есть ли у вашей семьи другие активы? <b>Отметьте все соответствующие пункты</b> <input type="checkbox"/> Акции <input type="checkbox"/> Облигации <input type="checkbox"/> План 401K <input type="checkbox"/> медицинский сберегательный счет (счета) <input type="checkbox"/> Траст(-ы) <input type="checkbox"/> Недвижимость (за исключением основного места жительства) <input type="checkbox"/> Собственный бизнес
Текущий сберегательный счет \$ _____	

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если существует другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личная потеря.

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что региональный медицинский центр Kadlec может проверять сведения, просматривая кредитную информацию и получая данные из других источников, чтобы способствовать определению права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной согласно моей осведомленности. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация будет признана ложной, это может повлечь отказ в финансовой помощи и я могу нести ответственность за оказанные услуги и ожидать за них оплаты.

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявку

\_\_\_\_\_  
Дата