Dignity Health.

St. Bernardine Medical Center
Инструкции по Заявлению на финансовую помощь

Это заявление на финансовую помощь в учреждении *CommonSpirit Health*.

В CommonSpirit Health предусмотрена финансовая помощь для людей или семей, которые отвечают определенным требованиям по доходу. В зависимости от размера семьи и уровня дохода, вы можете соответствовать критериям на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой, даже если у вас отсутствует медицинская страховка. Помощь предназначена для пациентов с семейным доходом ниже 500% рекомендуемого федерального прожиточного минимума. Сведения о федеральном прожиточном минимуме см. на сайте **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.**

Что покрывает финансовая помощь? Финансовая помощь больницы покрывает все соответствующие больничные услуги, предоставляемые в CommonSpirit Health, в зависимости от вашего права. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги других организаций.

Если у вас есть вопросы или вам требуется помощь с заполнением заявления: Вы можете получить помощь, независимо от причины обращения (включая помощь по причине инвалидности или проблем с языком) в: 909-883-8711 ext 4408

Что необходимо сделать для рассмотрения заявления:

- ☐ **предоставить сведения о семье**
- ☐ **предоставить сведения о совокупном семейном доходе (доход до налогов и отчислений)**
- ☐ **предоставить документы о семейном доходе**
- ☐ **предоставить документы об активах семьи**
- ☐ **приложить необходимую дополнительную информацию**
- ☐ **поставить дату и подпись на форме**

Примечание: **Вам не нужно предоставлять номер социального страхования в заявке на финансовую помощь**. Но предоставление номера социального страхования помогает ускорить процесс рассмотрения заявления. Номер социального страхования служит для проверки предоставленной информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «Н/П».

Отправьте заполненное заявления со всеми документами по почте или по факсу:
PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008. Fax: 877-691-1151. Обязательно сохраните копию для себя.

Подача заполненного заявления лично: St. Bernardine Medical Center, 2101 N. Waterman Avenue , San Bernardino, CA

Мы уведомим вас об окончательном решении касательно вашего права на помощь и подачу апелляции (если применимо) в течение 30 календарных дней после получения заполненного заявления на финансовую помощь, включая документы по доходу.

Отправляя заявление на финансовую помощь, вы даете нам разрешение на выполнение необходимых запросов для подтверждения финансовых обязательств и других сведений.

Мы хотим помочь вам. Просим вас подать заявление в кратчайшие сроки!

Пока мы не получим информацию от вас, вам могут направлять счета.

Dignity Health.

St. Bernardine Medical Center
Заявление на финансовую помощь – конфиденциально

Необходимо полностью заполнить все графы. Если что-то не имеет к вам отношения, укажите «Н/П» (не применимо). Добавьте дополнительные страницы, если необходимо.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ ПРОЦЕДУРЫ ОТБОРА
Вам нужен устный переводчик? □ **да** □ **нет** *Если «да», то на какой язык:*
Пациент подавал заявку на Medicaid? □ **да** □ **нет** *Возможно, вам потребуется подать заявку в эту программу до рассмотрения права на финансовую помощь*
Пациент получает помощь от государства, например, продовольственные талоны или участвует в программе WIC (Women, Infants, and Children)? □ **да** □ **нет**
Сейчас пациент бездомный? □ **да** □ **нет**
Медицинское обслуживание пациента связано с автомобильной аварией или травмой на работе? □ **да** □ **нет**
Список больниц Dignity Health или CommonSpirit Health, где вы проходили лечение:

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ
● Мы не гарантируем получение права на финансовую помощь в случае подачи заявления.
● После отправки заявления мы проверим все указанные сведения и можем попросить предоставить дополнительную информацию или подтверждение дохода.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ			
Имя пациента	Среднее имя пациента		Фамилия пациента
Дата рождения	Номер пациента в системе:		Номер социального страхования пациента (необязательно*)
Лицо, ответственное за оплату счетов	Степень родства с пациентом	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно*)
_____ Почтовый адрес _____			Главные контактные номера ( ) _____ ( ) _____ Адрес электронной почты: _____

Dignity Health

Город	Штат	Почтовый индекс	

Сведения о занятости лица, ответственного за оплату счетов

□ **работает** (дата найма: _____) □ **безработный** (период безработицы: _____)

□ **индивидуальная трудовая деятельность** □ **студент** □ **инвалид** □ **пенсионер** □ **прочее**(_____)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, включая вас. «Семья» пациента включает:

- для лиц в возрасте 18 лет и старше — супруга(-у), сожителя/сожительницу и находящихся на иждивении детей в возрасте до 21 года независимо от их места проживания.
- для лиц, не достигших 18-летнего возраста, — родителей, родственников-опекунов и других детей в возрасте до 21 года родителя или родственника-опекуна.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____ *Добавьте дополнительную страницу, если требуется*

Фамилия, имя	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Возраст 18 лет и старше: Указать работодателя или источник дохода	Возраст 18 лет и старше: Общий совокупный ежемесячный доход (до налогов):	Также подает заявление на финансовую помощь?
					да/нет
					да/нет
					да/нет
					да/нет
					да/нет
					да/нет

Следует указать доход всех взрослых членов семьи. Возможные источники дохода:

- зарплата - пособие по безработице - индивидуальная трудовая деятельность
- пособие по нетрудоспособности - пособие по инвалидности - SSI

- пособие на ребенка/супругу(-а) - программы обучения с работой (студенты) - пенсия
- доходы с пенсионного счета

- прочее (*указать:* _____)

Dignity Health.

St. Bernardine Medical Center

Заявление на финансовую помощь – конфиденциально

ДАННЫЕ О ДОХОДЕ

***ПРИМЕЧАНИЕ**: Вы обязаны приложить к своему заявлению доказательство дохода.*

Вы обязаны предоставить сведения по доходу своей семьи. Для определения права на финансовую помощь будет выполнена проверка дохода.

Все члены семьи старше 18 лет обязаны сообщить свой доход. Обязательно предоставьте доказательства по каждому источнику дохода.

Примеры подтверждения дохода:

- Налоговая декларация о доходах за прошлый год со всеми приложениями, если применим; или
- Выписка об удержании W-2; или
- Справки о зарплате (*3 месяца*); или
- Письменные заявления от работодатели или других лиц с подписью; И
- Подтверждение/отказ в получении Medicaid и/или государственной медицинской помощи; или
- Подтверждение/отказ в получении пособия по безработице.

Если у вас нет доказательств дохода или дохода, добавьте страницу, на которой опишите, как вы оплачиваете базовые расходы на жизнь (проживание, питание и коммунальные услуги).

ДАННЫЕ ОБ АКТИВАХ

***ПРИМЕЧАНИЕ**: Вы обязаны приложить к своему заявлению доказательство наличия активов.*

Вы должны предоставить сведения по всем активам, которыми владеют члены семьи.
Для определения права на финансовую помощь будет выполнена проверка активов.

Все члены семьи старше 18 лет обязаны указать доступные источники финансирования. Обязательно предоставьте доказательства по каждому указанному активу. Примеры подтверждения дохода:

- Текущие банковские выписки (за последние 3 месяца)
    - Расчетные счета
    - Сберегательные счета
- Инвестиции, включая акции и облигации
- Целевые фонды
- Депозитные счета денежного рынка
- Паевые инвестиционные фонды
- Другие инвестиционные фонды, где не предусмотрен штраф за выведение средств.

Dignity Health.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
Приложите дополнительную страницу, если желаете рассказать более подробно о своем текущем финансовом положении, например, о финансовых трудностях, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе или личной утрате.

Dignity Health

СОГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что для определения права на финансовую помощь или согласования плана выплат CommonSpirit Health может проверять предоставленные сведения, изучая кредитную информацию и получая данные из других источников.

- Я подтверждаю факт предоставления максимально верной и точной информации.
- Я самостоятельно или с помощью персонала больницы подам заявку на ЛЮБУЮ и ВСЕ программы помощи, организованные на федеральном и местном уровне или на уровне штата, а также в программы за счет частных средств для оплаты этого счета за медицинское обслуживание.
- Я понимаю, что если я не буду сотрудничать с CommonSpirit Health и предоставлять запрошенную информацию, мое заявление может быть отклонено.
- Я понимаю, что предоставленные мною сведения подлежат проверке CommonSpirit Health, включая обращение в бюро кредитных историй и проверку федеральными или местными организациями и прочими учреждениями, если потребуется.
- Я понимаю, что для рассмотрения права на помощь меня могут попросить предоставить дополнительные сведения.

Если вы получите выплату от страховой компании, компенсацию за производственную травму или выплату от третьей стороны, вы обязуетесь известить больницу о таком платеже. Больница оставляет за собой право взыскать первоначальную полную стоимость по счету, если третье лицо предоставит вам оплату за услуги больницы.

_____ _____

Подпись лица, подающего заявление Дата