

Как подать заявление на получение финансовой помощи

Инструкции по заполнению Вашего заявления

По закону все больницы должны предоставлять финансовую помощь людям и семьям, отвечающим определенным требованиям. Вы можете получить бесплатное обслуживание или платить меньше за определенные услуги в зависимости от размера Вашей семьи и дохода, даже в случае наличия у Вас медицинской страховки. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи, пожалуйста, перейдите по ссылке ohsu.edu/financial-assistance.

Что покрывает финансовая помощь

- Не все услуги соответствуют критериям, поэтому Вам необходимо убедиться в том, что услуга покрывается, до её получения. Список услуг, которые **мы НЕ покрываем**, приведен в политике финансовой помощи на сайте ohsu.edu/financial-assistance.
- Обратите внимание, что в случае одобрения финансовой помощи для Вас, это НЕ гарантирует получения услуг.
- Если Вы можете претендовать на участие в программе Medicaid или других программах, мы рекомендуем Вам подать заявление на участие в них, поскольку они могут иметь больше преимуществ.

Алгоритм заполнения формы заявления



- 1 Заполните информацию о Вас и Вашей семье.
 - Вам **НЕ** нужно указывать свой номер социального страхования.
 - Под семьей мы понимаем одинокого человека, супружескую пару или зарегистрированного сожителя (даже если они не указаны в Вашей налоговой декларации), а также всех лиц, находящихся на иждивении, заявленных Вами в налоговой декларации. Ребенок до 18 лет, как правило, считается таким, который находится на иждивении.
Примеры семей:
 - Пары, состоящие в законном браке (или гражданском браке), проживающие совместно, вместе с детьми до 18 лет, находящимися на их иждивении, и любым другим человеком, проживающим в семье или вне ее, которого пара указывает в своих налогах.
 - Не состоящие в браке пары с одним ребенком или несколькими общими детьми, в случае если ребенок является пациентом.
 - Спонсируемые непроживающие вместе, их спонсор и семья спонсора.
- 2 Заполните информацию о валовом доходе Вашей семьи (доход без учета налогообложения и вычетов).
- 3 Укажите, каким имуществом вы владеете, и предоставьте подтверждения, чтобы определить, имеете ли вы право на участие в Medicaid.
- 4 Добавьте всю остальную информацию, запрошенную нами.
- 5 Подпишите и поставьте дату на форме финансовой помощи.

За помощью в заполнении заявления обращайтесь по телефону
503-494-8551, с понедельника по пятницу, с 9 а.м-4:30 р.м.



Документы, которые необходимо приложить к форме



Пожалуйста, **пришлите достоверные копии** всех нижеперечисленных документов, которые Вам принадлежат. Мы **НЕ** сможем вернуть оригиналы документов

- Подтверждение места проживания.** Предоставьте один из нижеприведенных документов: счет за коммунальные услуги на Ваше имя, договор аренды, выписку об ипотеке Вашего жилья, копию Ваших водительских прав или удостоверение личности. Мы можем запросить дополнительные доказательства о месте проживания. *Вы должны являться жителем штата Oregon или граничащего с ним округа штата Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla и Yakima) и не планировать переезд из указанного региона.*
- Корешки платежных ведомостей** за последние 3 полных календарных месяца. В случае отсутствия у Вас платежных квитанций, Вы можете предоставить письмо от работодателя, в котором указан Ваш валовой доход за последние 3 полных календарных месяца. *Доход учитывается в том месяце, когда он был получен (дата выплаты), а не в том, когда он был заработан.*
- Декларации о подоходном налоге** за последний год, включая любые таблицы (например, таблица C для доходов от индивидуальной предпринимательской деятельности).
- Социальное обеспечение, ветераны, письмо о назначении пенсии** или другие эквивалентные документы.
- Исковые претензии** от State Employment Division (Государственного отдела занятости).
- Заявление о выплате алиментов на ребенка** и/или супруга.
- Расчетная таблица доходов от самозанятости** или **выписка прибыли и убытков** за последние 3 полных календарных месяца.
- Документы, подтверждающие **любой другой источник дохода**, указанный в Вашем заявлении, включая доход от процентов или дивидендов, или любой другой систематичный источник дохода.
- Выписки из банка/кредитного союза;** расчетные и сберегательные счета.
- Денежный депозит (CD), акции, облигации или выписки с инвестиционных счетов.**

Отправьте форму



- Мы сообщим Вам, имеете ли Вы право на получение финансовой помощи в течение **3 недель** после получения заполненного Вами заявления и документов.
- Вы по-прежнему будете получать счета в ходе рассмотрения Вашего заявления.

Почтовый адрес:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
Факс: 503-418-2377
Эл. почта: sfr@ohsu.edu

Доставить лично в руки:

Пожалуйста, позвоните по номеру телефона 503-494-8551, чтобы узнать ближайшее к Вам местоположение.

Форма заявления на получение финансовой помощи

Пожалуйста, заполните полностью всю информацию. В случае отсутствия информации, укажите «NA».

Приложите дополнительные страницы в случае необходимости.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если Да, укажите предпочитаемый язык:

Обращался ли пациент ранее к Medicaid? Да Нет

Получает ли пациент государственные услуги, такие как TANF, Basic Food или WIC? Да Нет

Является ли пациент на данный момент бездомным? Да Нет

Связана ли необходимость медицинской помощи для пациента с автомобильной аварией или производственной травмой? Да Нет

Для какого учреждения пациенту требуется финансовая помощь? Adventist Portland

Hillsboro Medical Center OHSU

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что Вы будете иметь право на получение финансовой помощи, даже в случае подачи заявления.
- После отправления Вами заявления, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение уровня Вашего дохода.
- В течение 21 календарного дня после получения заполненного Вами заявления и документации мы сообщим Вам имеете ли Вы право на получение помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
--------------	-------------------	------------------

<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (необязательно)
---	---------------	--

Ответственный за оплату счета	Степень родства с пациентом	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)
-------------------------------	-----------------------------	---------------	---

Почтовый адрес (укажите физический адрес, если он отличается) _____ _____	Основной контактный телефон(ы) () _____ () _____
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____	Электронный адрес: _____

Статус занятости лица, ответственного за оплату счета

Работает (дата приема на работу: _____) Безработный (в течение какого периода безработный: _____)

Частный предприниматель Студент Инвалид Пенсионер Другое (_____)

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

Перечислите членов семьи/домочадцев, за которых вы несете финансовую ответственность, включая себя.

Определения и примеры семей приведены в инструкции.

СОСТАВ СЕМЬИ _____

Приложите дополнительную страницу в случае необходимости

Ф.И.О.	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Данные о работодателе(ях) или источнике дохода	Общий ежемесячный доход (без учета налогообложения):	Также претендует на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо отобразить информацию о трудовом и нетрудовом доходе всех взрослых членов семьи. Пожалуйста, укажите нетрудовые доходы всех членов семьи, не достигших 18 лет. К источникам дохода относятся, к примеру:

- Зарботная плата
- Пособие по безработице
- Зарботная плата самозанятых лиц
- Зарботная плата работников по найму
- Пенсия по инвалидности
- SSI
- Алименты на ребенка/супруга
- Стипендиальные программы (для студентов)
- Пенсия
- Расходы по пенсионным счетам
- Другое (пожалуйста уточните) _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению необходимо приложить справку о доходах.

Вы должны предоставить информацию о доходах Вашей семьи. Для определения финансовой помощи требуется подтверждение дохода. Все члены семьи должны указать свой доход. Пожалуйста, предоставьте доказательства для каждого из указанных источников дохода. Полный список требований к уровню дохода приведен в сопроводительном письме. К примерам подтверждения дохода относятся:

- Актуальные платежные ведомости (за 3 месяца); а также
- Декларация о доходах за прошлый год, включая графики, если применимо; а также
- Подписанные заявления в письменном виде от работодателей или других лиц; а также
- Одобрение/отказ в праве на получение Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством; а также
- Одобрение/отказ в праве на получение компенсации по безработице

В случае отсутствия дохода, пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу с объяснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Необязательно. Может использоваться в некоторых ситуациях для получения более полной картины Вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы на содержание дома:

Аренда/ипотека	\$ _____	Затраты на медицинскую помощь	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Прочая задолженность/расходы	\$ _____	(алименты на детей, кредиты, затраты на покупку лекарственных средств, прочее)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация будет использоваться для определения права на участие в программах Medicaid. Данная информация не используется для определения финансовой помощи.

Текущий баланс расчетного счета
\$ _____
Остаток на текущем сберегательном счете
\$ _____

Обладает ли Ваша семья другими активами?
Пожалуйста, отметьте все подходящие варианты

Акции Облигации Медицинский накопительный счёт(а)
 Траст(ы) Имущество (за исключением основного жилья)
 Владение бизнесом

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, добавьте дополнительную страницу в случае наличия другой информации о Вашем текущем финансовом положении, о которой Вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные потери.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что OHSU Health может убедиться в достоверности информации путем проверки кредитной истории и получения информации из других источников для определения права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что вышеприведенная информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что в случае признания предоставляемой мной информации как ложной, результатом может быть отказ в финансовой помощи, я могу нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду оплатить их.

Подпись заявителя

Дата