

Порядок подачи заявления на финансовую помощь

Инструкция по заполнению заявления

В соответствии с законом, все медицинские учреждения должны предоставлять финансовую помощь пациентам и семьям, которые соответствуют определенным требованиям. В зависимости от размера вашей семьи, уровня дохода и находящегося в вашем распоряжении имущества, вы можете получить бесплатную помощь или заплатить меньше за определенные услуги, даже если у вас есть медицинская страховка. Для ознакомления с нашей политикой финансовой помощи перейдите на страницу ohsu.edu/financial-assistance.

Какие услуги покрывает финансовая помощь

- Не все услуги подлежат оплате за счет финансовой помощи. Вам необходимо убедиться в том, что услуга покрывается, до ее получения. Список услуг, **на которые НЕ распространяется наша помощь**, содержится в нашей политике финансовой помощи, доступной на странице ohsu.edu/financial-assistance.
- Одобрение финансовой помощи НЕ гарантирует предоставление медицинских услуг.
- Если вы имеете право на участие в программе Medicaid или других программах, мы настоятельно рекомендуем подать соответствующее заявление. Программа Medicaid и иные программы могут предоставлять расширенный перечень льгот.

Шаги заполнения формы заявления



- ❶ Укажите информацию о себе и членах вашей семьи.
 - Предоставлять номер социального страхования **НЕ** требуется.
 - Понятие «семья/дом» подразумевает одинокого человека, супружескую пару или зарегистрированного гражданского партнера (даже если они не указаны в вашей налоговой декларации), а также всех иждивенцев, которые указаны в вашей налоговой декларации.
Ребенок до 18 лет обычно считается иждивенцем. Примеры семей:
 - Пары, состоящие в законном браке (или гражданские партнеры), проживающие совместно, включая их несовершеннолетних детей-иждивенцев в возрасте до 18 лет, а также любых иных лиц, проживающих совместно с ними или отдельно, которых пара указывает в своих налоговых декларациях.
 - Не состоящие в браке пары, имеющие одного или нескольких общих детей, если пациентом является ребенок.
 - Спонсируемые лица, имеющие гражданство другого государства, их спонсор и члены семьи спонсора.
- ❷ Укажите информацию об общем доходе своей семьи (доход до вычета налогов и удержаний).
- ❸ Задекларируйте и предоставьте подтверждение активов в целях определения вашего соответствия критериям участия в программах Medicaid.
- ❹ Приложите всю прочую информацию, которую мы запрашивали.
- ❺ Подпишите форму заявления о финансовой помощи и поставьте дату.

Если вам нужна помощь для заполнения заявления, позвоните по номеру **503-494-8551** с понедельника по пятницу с 9 a.m до 4:30 p.m.

Документы, которые нужно приложить к форме



Просим **выслать актуальные копии** всех нижеперечисленных документов, которые относятся к вам. Оригиналы документов возврату **НЕ** подлежат.

- ☐ **Подтверждение места жительства.** Предоставьте один из следующих документов: счет за коммунальные услуги на ваше имя, договор аренды, выписку по ипотечному кредиту на ваше жилье, копию водительского удостоверения или удостоверения личности. Мы вправе запросить дополнительные доказательства места проживания. Вы должны являться резидентом США без планов выезда на постоянное место жительства за пределы страны.
- ☐ **Корешки чеков на заработную плату** за три последних полных календарных месяца. Если у вас нет корешков чеков, вы можете вместо них предоставить письмо от своего работодателя, в котором указан ваш общий доход за последних три полных календарных месяца. *Доход учитывается в месяце его фактического получения (дата выплаты), а не в месяце его начисления.*
- ☐ **Налоговые декларации по подоходному налогу** за последний отчетный год, включая все приложения (например, Приложение С для доходов от индивидуальной трудовой деятельности).
- ☐ **Письмо о назначении пособия от Службы социального обеспечения, Департамента по делам ветеранов, пенсионного фонда** или их эквивалент.
- ☐ **Решение по заявлению о выплате пособия по безработице** от Государственного департамента занятости (State Employment Division).
- ☐ Документ о взыскании алиментов на **содержание ребенка и (или) супруга.**
- ☐ **Ведомость учета доходов от индивидуальной трудовой деятельности или отчет о прибылях и убытках** за последние 3 полных календарных месяца.
- ☐ Подтверждающие документы по **любым иным источникам дохода**, указанным в вашем заявлении, включая доход от процентов или дивидендов, или от других регулярных источников дохода.
- ☐ **Выписки из банка или кредитного союза** по текущим и сберегательным счетам.
- ☐ **Выписки по банковским вкладам (cash deposit, CD), акциям, облигациям или инвестиционным счетам.**

См. на обороте



- Мы уведомим вас о соответствии критериям предоставления финансовой помощи в течение **3 недель** после получения заполненного заявления и всех необходимых документов.
- В период рассмотрения заявления вам по-прежнему будут выставляться счета на оплату медицинских услуг.

Почтовый адрес:

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

Для личной подачи документов:

Пожалуйста, свяжитесь с нами по телефону 503-418-8551, чтобы определить ближайший к вам пункт приема документов.

Форма заявления о предоставлении финансовой помощи

Пожалуйста, заполните все разделы полностью. Если пункт к вам не применим, укажите «Н/П» (не применимо). При необходимости приложите дополнительные листы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

Пациент подавал заявление на получение помощи Medicaid? ☐ Да ☐ Нет

Пациент получает государственную помощь, например по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF), программе продовольственной помощи Basic Food или программе для женщин и детей (WIC)? ☐ Да ☐ Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным? ☐ Да ☐ Нет

Связано ли медицинское обслуживание пациента с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет

Для какого учреждения пациенту требуется финансовая помощь? ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы получите право на финансовую помощь, даже если подадите заявление.
- После направления заявления мы вправе проверить всю указанную информацию, а также запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- Мы уведомим вас о соответствии критериям предоставления помощи в течение 21 календарного дня после получения заполненного заявления и сопутствующей документации.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Второе имя пациента		Фамилия пациента	
☐ Мужской ☐ Женский ☐ Иной (укажите _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно)	
Лицо, ответственное за оплату счета		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)	
Почтовый адрес (включая фактический адрес проживания, если он отличается)				Основной контактный номер(-а)	
_____ _____ _____				() _____ () _____ Адрес электронной почты: _____	
Город		Штат		Почтовый индекс	

Статус занятости лица, ответственного за оплату счета

- ☐ Трудоустроен (дата приема на работу: _____) ☐ Безработный (период безработицы: _____)
☐ Самозанятый ☐ Учащийся ☐ Инвалид ☐ На пенсии ☐ Иное (_____)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов семьи/дома, находящихся на вашем финансовом обеспечении, включая себя. Определения и примеры понятия «семья/дом» приведены в инструкции.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____ При необходимости приложите дополнительный лист.

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Наименование работодателя(-ей) или источник дохода	Общий валовой ежемесячный доход (до вычета налогов):	Также подает заявление на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет

Необходимо указать доход от трудовой деятельности и из других источников всех взрослых членов семьи. Укажите доход из других источников членов семьи в возрасте до 18 лет. Источники дохода включают, помимо прочего, следующие:

- Заработная плата - Пособие по безработице - Доход от индивидуальной трудовой деятельности
- Компенсационные выплаты в связи с производственной травмой - Пособие по инвалидности
- Ежемесячное социальное пособие (SSI) - Алименты на содержание ребенка и (или) супруга
- Выплаты по программам дополнительного заработка для студентов (Work-study) - Пенсия
- Выплаты из средств пенсионных счетов - Другие источники (*поясните*) _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: вы должны приложить к заявлению подтверждение вашего дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходе своей семьи. Для определения права на финансовую помощь необходима верификация дохода.

Все члены семьи должны сообщить информацию о своих доходах. Предоставьте подтверждение по каждому указанному источнику дохода. Полный список требований к доходам приведен на титульном листе. Примеры подтверждающих документов:

- Актуальные корешки зарплатных чеков (за последние 3 месяца);
- Налоговая декларация за прошлый год, включая приложения (при наличии);
- Письменная справка от работодателя или других лиц с подписью;
- Уведомления об одобрении или отказе в праве на участие в программе Medicaid и/или государственную медицинскую помощь;
- Уведомления об одобрении или отказе в праве на получение пособия по безработице;
- Выписки из финансовых организаций.

При отсутствии доходов приложите дополнительный лист с письменным пояснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Необязательно. Данный раздел может использоваться в отдельных случаях для формирования более полной картины вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы на ведение домашнего хозяйства:

Аренда жилья/ипотека: \$ _____	Медицинские расходы \$ _____
Страховые взносы \$ _____	Коммунальные услуги \$ _____
Прочие долги и расходы \$ _____ (алименты на ребенка, займы, лекарства, прочее)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация используется для определения соответствия критериям отдельных программ Medicaid и не применяется для оценки права на общую финансовую помощь.

Актуальный баланс текущего счета
\$ _____
Актуальный баланс
сберегательного счета
\$ _____

У вашей семьи есть перечисленные ниже иные активы?

Отметьте все применимые варианты

- ☐ Акции ☐ Облигации ☐ Сберегательные медицинские счета ☐ Тракты
☐ Недвижимость (за исключением основного жилья) ☐ Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

При наличии иных обстоятельств, характеризующих ваше финансовое положение (финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный характер доходов, личные убытки), приложите дополнительный лист с описанием.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я подтверждаю свое понимание того, что организация OHSU Health вправе проверять предоставленные сведения посредством запроса кредитной истории и получения информации из иных источников в целях определения права на финансовую помощь или предоставления плана рассрочки платежей.

Я подтверждаю, что вся изложенная выше информация является точной и достоверной, насколько мне это известно. Я осознаю, что в случае выявления ложного характера предоставленных финансовых сведений мне может быть отказано в финансовой помощи, при этом на меня может быть возложена обязанность по полной оплате оказанных медицинских услуг.

Подпись заявителя _____

Дата _____