

Як подати заяву на отримання фінансової допомоги

Інструкції з подання заяви

Згідно із законодавством всі лікарні зобов'язані надавати фінансову допомогу особам та родинам, які відповідають певним критеріям. Залежно від розміру вашої родини та доходу ви можете отримати певні медичні послуги безкоштовно або за зниженою вартістю, навіть якщо у вас є медичне страхування. Ознайомитися з політикою надання фінансової допомоги можна на вебсторінці ohsu.edu/financial-assistance.

Щодо яких послуг надається фінансова допомога

- Допомога поширюється не на всі послуги. Перш ніж отримати послугу, переконайтеся, що на неї поширюється фінансова допомога. Список послуг, на які **НЕ поширюється** надання фінансової допомоги, а також політику надання фінансової допомоги можна переглянути на вебсторінці ohsu.edu/financial-assistance.
- Якщо ви відповідаєте критеріям надання фінансової допомоги, це **НЕ** є гарантією того, що ви отримаєте послуги.
- Якщо ви відповідаєте критеріям надання страхового покриття програми Medicaid або інших програм, ми радимо вам подати заяву на участь у таких програмах. Вам може бути доступний більший обсяг пільг за програмою Medicaid та іншими програмами.

Порядок дій для заповнення форми заяви



- ❶ Зазначте інформацію про себе та вашу родину.
 - Зазначати свій номер соціального страхування **НЕ** потрібно.
 - Домогосподарством вважається неодружена/незаміжня особа, подружжя або пара, що проживає у зареєстрованому партнерстві (навіть якщо дані партнера не зазначаються у вашій податковій декларації), а також утриманці, дані яких ви зазначаєте у вашій податковій декларації.
Зазвичай діти у віці до 18 років є утриманцями. Приклади домогосподарства:
 - офіційно зареєстроване подружжя (або пара, що проживає у зареєстрованому партнерстві) з дітьми у віці до 18 років, які перебувають на їхньому утриманні, або іншими особами, які проживають разом із подружжям або окремо та дані яких зазначаються у податкових деклараціях такого подружжя;
 - неодружені пари з однією дитиною або кількома спільними дітьми, якщо дитина є пацієнтом;
 - нерезиденти, які мають спонсора, їхній спонсор та родина спонсора.
- ❷ Зазначте інформацію про загальний валовий дохід вашого домогосподарства (дохід до сплати податків та здійснення відрахувань).
- ❸ Надайте інформацію про ваші активи та підтвердження їхньої наявності, щоб ми мали змогу визначити вашу відповідність критеріям участі у програмах Medicaid.
- ❹ Додайте іншу інформацію, яку ми просили надати, в повному обсязі.
- ❺ Підпишіть та зазначте дату на формі заяви на отримання фінансової допомоги.

Якщо вам потрібна допомога із заповненням цієї форми, ви можете зателефонувати на номер **503-494-8551** з понеділка по п'ятницю з 9 а.м до 4:30 р.м.

Документи, які необхідно додати до форми заяви



Надішліть найактуальніші копії всіх зазначених нижче документів, які застосовуються до вас. Ви **НЕ** зможете отримати назад оригінали документів.

- ☐ **Підтвердження статусу резидента.** Надайте один із цих документів: рахунок за комунальні послуги на ваше ім'я, договір оренди, виписку про іпотеку для вашого місця проживання, копію ваших водійських прав або посвідчення особи. Ми можемо попросити надати додаткове підтвердження статусу резидента. Ви зобов'язані бути резидентом США, який не планує змінювати країну проживання.
- ☐ **Розрахункові листи** за останні 3 повні календарні місяці. Якщо у вас немає розрахункових листів, ви можете надати нам лист від вашого роботодавця із зазначенням вашого валового доходу за останні 3 повні календарні місяці. *Дохід враховується для місяця, в якому він був отриманий (дата виплати), а не в якому він був нарахований.*
- ☐ **Податкові декларації** за останній рік, за який було подано звітність, включно із будь-якими додатками (як-от додатком С про дохід самозайнятих осіб).
- ☐ **Лист про призначення пенсії від фонду соціального забезпечення, фонду у справах ветеранів** або еквівалентний документ.
- ☐ **Постанова** Департаменту зайнятості штату (State Employment Division).
- ☐ Виписка за **аліментами на дитину та/або чоловіка (дружину).**
- ☐ **Розрахунковий аркуш доходів самозайнятої особи** або **звіт про доходи та збитки** за останні 3 повні календарні місяці.
- ☐ Підтверджувальні документи для **будь-якого іншого джерела доходу**, зазначеного у вашій заяві, зокрема доходів від відсотків та дивідендів, або будь-якого іншого джерела періодичного доходу.
- ☐ **Виписки з банку або кредитної спілки** за розрахунковими та ощадними рахунками.
- ☐ **Виписки за депозитними рахунками (Cash deposit, CD), інвестиційними рахунками, відомості про акції та облігації.**

Відповідь на отриману форму заяви



- Ми повідомимо вас про вашу відповідність критеріям отримання фінансової допомоги протягом **3 тижнів** після отримання заповненої форми заяви та документів.
- Протягом періоду розгляду вашої заяви ви отримуватимете рахунки.

Поштова адреса:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098

Факс: 503-418-2377

Адреса електронної пошти: sfr@ohsu.edu

Для подання особисто:

Зателефонуйте на номер
503-494-8551, щоб дізнатися
адресу найближчої установи.

Форма заяви на отримання фінансової допомоги

Будь ласка, зазначте всю необхідну інформацію. Якщо певний пункт не застосовується до вас, зазначте «Н/З». За потреби додайте додаткові сторінки.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СКРИНІНГУ

- Чи потребуєте ви послуг усного перекладача? ☐ Так ☐ Ні Якщо ваша відповідь «Так», зазначте мову, на яку потрібно здійснювати переклад.
- Чи подавав пацієнт заяву на участь у програмі Medicaid? ☐ Так ☐ Ні
- Чи отримує пацієнт громадські послуги від штату, як-от за програмами TANF, Basic Food чи WIC? ☐ Так ☐ Ні
- Чи є пацієнт наразі безпритульним? ☐ Так ☐ Ні
- Чи пов'язане медичне обслуговування, якого потребує пацієнт, із дорожньо-транспортною пригодою чи виробничою травмою? ☐ Так ☐ Ні
- До якої установи пацієнт надає запит на отримання фінансової допомоги? ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Навіть якщо ви надішлете заяву, ми не можемо гарантувати, що ви відповідаєте критеріям надання фінансової допомоги.
- Після того, як ви надішлете заяву, ми перевіримо всю надану інформацію та можемо попросити надати додаткові дані чи підтвердження доходів.
- Ми повідомимо, чи відповідаєте ви критеріям отримання допомоги, протягом 21 календарного дня після отримання вашої заповненої заяви та документів.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ОСОБУ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВКУ

Ім'я пацієнта	Середнє ім'я/по батькові		Прізвище пацієнта
☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інша стать (зазначте _____)	Дата народження		Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково)
Особа, яка здійснює оплату за рахунками	Ким доводиться пацієнту	Дата народження	Номер соціального страхування (необов'язково)
Поштова адреса (зокрема зазначте фізичну адресу, якщо вона відрізняється) _____			Основний(-и) контактний(-и) номер(-и) телефону () _____ () _____ Адреса електронної пошти: _____
Місто	Штат	Поштовий індекс	
Статус зайнятості особи, яка здійснює оплату за рахунками ☐ Працевлаштований(-а) (дата працевлаштування: _____) ☐ Безробітний(-а) (протягом якого часу є безробітним[-ою]: _____) ☐ Самозайнята особа ☐ Студент ☐ Особа з інвалідністю ☐ На пенсії ☐ Інше (_____)			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЧЛЕНІВ РОДИНИ

Зазначте членів домогосподарства/родини, фінансове утримання яких є вашою відповідальністю, зокрема себе. Будь ласка, перегляньте інструкції, у яких наведено визначення та приклади домогосподарства.

РОЗМІР РОДИНИ _____

За потреби додайте додаткові сторінки.

Ім'я та прізвище	Дата народження	Ким доводиться пацієнту	Повне ім'я/назва роботодавця(-ців) або джерела доходу	Загальний валовий щомісячний дохід (до сплати податків):	Також подається для отримання фінансової допомоги?
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Необхідно зазначити інформацію про зароблені та нетрудові доходи всіх повнолітніх осіб. Будь ласка, також зазначте інформацію про нетрудові доходи кожного члена домогосподарства у віці до 18 років. Приклади джерел доходу:

- Заробітна плата - Виплати по безробіттю - Дохід від самозайнятості - Виплати компенсацій працівникам
- Виплати особам з інвалідністю - Соціальні виплати (SSI) - Аліменти на дитину/чоловіка (дружину)
- Програми працевлаштування для студентів - Пенсія - Виплати з пенсійного рахунку
- Інше (будь ласка, зазначте) _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХОДИ

ПАМ'ЯТАЙТЕ: Ви зобов'язані надати підтвердження ваших доходів разом із заявою.

Ви зобов'язані надати інформацію про доходи вашої родини. Для визначення розміру фінансової допомоги необхідне підтвердження доходів.

Всі члени родини зобов'язані надати інформацію про їхні доходи. Будь ласка, надайте підтвердження для кожного зазначеного джерела доходів. Повний перелік вимог щодо доходу див. на титульному аркуші. Приклади підтвердження доходів:

- розрахункові листи за поточний період (3 місяці); та
- податкова декларація за попередній рік, включно із додатками (якщо застосовно); та
- засвідчені підписом письмові виписки від роботодавців та інших джерел доходу; та
- повідомлення про підтвердження/невідповідність критеріям отримання медичної допомоги за програмою Medicaid та/або програмами, що фінансуються штатом; та
- повідомлення про схвалення/відмову в отриманні виплат по безробіттю;
- виписки з фінансових установ.

Якщо ви не маєте доходів, додайте сторінку із зазначенням пояснень.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ

Необов'язково. За деяких обставин цю інформацію може бути використано для отримання загального уявлення про ваш фінансовий стан.

Щомісячні витрати домогосподарства:

Оренда/іпотека \$ _____

Витрати на медичне обслуговування \$ _____

Страхові внески \$ _____

Сплата комунальних послуг \$ _____

Інші боргові зобов'язання/витрати \$ _____ (забезпечення дитини, позики, лікарські препарати тощо)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АКТИВИ

Цю інформацію буде використано для визначення відповідності критеріям участі у певних програмах Medicaid.

Ці відомості не враховуватимуться для визначення розміру фінансової допомоги.

Поточний баланс розрахункового
рахунку

\$ _____

Поточний баланс ощадного рахунку

\$ _____

Чи володіють члени вашої родини цими активами?

Оберіть усі варіанти, що підходять

- ☐ Акції ☐ Облігації
- ☐ Ощадний(-и) рахунок(-ки) на медичне обслуговування
- ☐ Траст(-и) ☐ Нерухомість (окрім основного місця проживання)
- ☐ Власний бізнес

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Якщо ви хочете надати нам додаткову інформацію про ваше поточне фінансове становище, як-от про фінансові труднощі, надмірні витрати на медичне обслуговування, сезонне або тимчасове джерело доходу або особисту втрату, додайте додаткову сторінку.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що для перевірки наданої мною інформації та визначення моєї відповідності критеріям надання фінансової допомоги або застосування плану здійснення оплати OHSU Health може переглядати мою кредитну інформацію та запитувати інформацію з інших джерел.

Я підтверджую, що, наскільки мені відомо, зазначена вище інформація є правдивою та правильною. Я розумію, що в разі виявлення факту надання мною неправдивої фінансової інформації це може призвести до відмови в отриманні фінансової допомоги і я нестииму відповідальність за сплату наданих послуг та муситиму сплатити такі послуги.

Підпис заявника _____

Дата _____