



Указания по заполнению заявления на получение финансовой помощи

Организация Legacy Health стремится предоставить финансовую помощь лицам и семьям, которые соответствуют определенным требованиям к доходу. Вы можете иметь право на бесплатное или льготное лечение в зависимости от размера и дохода вашей семьи, даже если у вас есть медицинская страховка. *Дополнительную информацию см. на веб-сайте www.legacyhealth.org. В строке поиска введите «financial assistance» на английском языке. Когда откроется страница, вы увидите ссылку на информацию на вашем языке.*

Расходы, которые покрывает финансовая помощь Финансовая помощь покрывает расходы на необходимые с медицинской точки зрения услуги, предоставляемые организацией Legacy Health, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на лечение, в том числе на услуги, предоставляемые другими организациями. Эта помощь также покрывает расходы на услуги, предоставляемые врачами организации Legacy Health.

Если у вас есть вопросы или вам требуется помощь в заполнении этого заявления, позвоните в отдел по работе с клиентами

по номеру телефона 503-413-4048 (бесплатный звонок: 800-495-7076). Вы можете получить помощь по любой причине, включая ограниченные возможности и языковые проблемы.

Для обработки заявления вам необходимо предоставить информацию, указанную далее.

- Информация о семье**
Укажите количество членов вашей семьи (в семью входят люди, состоящие в родстве через рождение, брак или усыновление/удочерение, которые живут вместе).
- Информация о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доход до удержания налогов и вычетов)**
- Документация о доходах семьи**
- Дополнительная информация (при необходимости)**
- Подпишите заявление и поставьте дату.**

Примечание. Чтобы подать заявление на получение финансовой помощи, вам не обязательно предоставлять номер социального страхования. Предоставление номера социального страхования ускорит обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, напишите «неприменимо» или «нп».

Отправьте заполненное заявление и все сопутствующие документы по почте или факсу: Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208; Факс: 503-413-2753. Обязательно сохраните у себя копию заявления.

Вы также можете подать заявление лично. Для этого обратитесь в любое отделение организации Legacy Health. В больницах есть финансовые консультанты, которые помогут вам по предварительной записи.

Мы уведомим вас об окончательном определении права на получение помощи и правах на подачу апелляции (если применимо) в течение 10 рабочих дней с момента получения заполненного заявления на получение финансовой помощи, в том числе документации о доходе.

Подача заявления на получение финансовой помощи означает ваше согласие с тем, что мы сделаем необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Мы готовы вам помочь. Подайте заявление как можно скорее!

Пока мы не получим вашу информацию, вы будете продолжать получать счета.

Заявление на получение финансовой помощи

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам требуется переводчик? Да Нет *В случае ответа «Да» укажите предпочитаемые языки:*

Подали ли вы заявление на получение помощи по программе Medicaid? Да Нет

В настоящее время пациент не имеет постоянного места проживания? Да Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что после подачи заявления вы будете иметь право на получение финансовой помощи.
- После получения вашего заявления мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 10 рабочих дней 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"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое: (укажите при необходимости _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (не обязательно)
Лицо, ответственное за оплату счетов	Кем приходится пациенту	Дата рождения
		Номер социального страхования (не обязательно)
Почтовый адрес:		Номер контактного телефона (можно несколько)
_____		() _____
_____		() _____
Город	Штат	Почтовый индекс
		Адрес электронной почты

Сведения о занятости лица, ответственного за оплату счетов

Трудоустроенный (дата приема на работу: _____) Неработающий (как долго не работает: _____)
 Индивидуальный предприниматель Студент Нетрудоспособный Пенсионер Другое (_____)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая себя. В «семью» входят люди, состоящие в родстве через рождение, брак или усыновление/удочерение, которые живут вместе.

КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ _____

При необходимости добавьте дополнительную страницу

Имя	Дата рождения	Кем приходится пациенту	• Если исполнилось 18 лет и больше: Название организации-работодателя (можно несколько) или источник дохода	• Если исполнилось 18 лет и больше: Валовой ежемесячный доход (до удержания налогов)	Также требуется финансовая помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать доход всех совершеннолетних членов семьи. Источники дохода, например:

- Заработная плата - Пособие по безработице - Индивидуальное предпринимательство - Пособие по нетрудоспособности
- Пособие по инвалидности - Дополнительный социальный доход - Алименты на жену/детей



- Программы «работа-учеба» (для студентов) - Пенсия - Выплаты по пенсионному счету - Другое (добавьте объяснение _____)

Заявление на получение финансовой помощи

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

НЕ ЗАБУДЬТЕ: приложите к заявлению документы, подтверждающие ваши доходы.

Вы должны предоставить информацию о доходах вашей семьи. Подтверждение доходов требуется для определения финансовой помощи. **Необходимо предоставить информацию о доходах всех членов семьи в возрасте 18 лет и старше. В случае невозможности предоставить документацию можно подать письменное подписанное заявление с описанием ваших доходов. Предоставьте подтверждение для каждого указанного источника дохода. Примеры подтверждения для источника дохода:**

- справка об удержании налога «W-2»;
- действительная справка о начислении заработной платы (за три месяца);
- декларация по федеральному подоходному налогу за прошлый год с разбивкой по категориям (если применимо);
- письменные подписанные заявления от работодателей или других лиц;
- одобрение / отказ в праве на получение помощи по программе Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством, или одобрение / отказ в праве на получение пособия по безработице.

Если у вас нет документов, подтверждающих ваши доходы или вы не имеете доходов, приложите дополнительную страницу с объяснением.

Информация о сберегательном счете на медицинское обслуживание (Healthcare Savings Account, HSA)

Эти средства необходимо будет использовать для погашения задолженности до получения финансовой помощи.

Баланс счета на медицинское обслуживание (HSA) _____ долларов США

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что организация Legacy Health может проверять предоставленную информацию и получать информацию из других источников, чтобы определить право на получение финансовой помощи или планы выплат.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является правдивой и правильной. Я понимаю, что в случае предоставления мной ложной финансовой информации результатом может быть отказ в финансовой помощи, и я буду нести ответственность и оплачивать предоставленные услуги.

Подпись лица, подающего заявление

Дата