Вказівки щодо заповнення заяви для отримання фінансової допомоги

Організація Legacy Health прагне надавати фінансову допомогу особам і сім'ям, які відповідають певним вимогам щодо рівня доходу. Ви можете претендувати на безоплатне або пільгове медичне обслуговування залежно від складу вашої сім'ї та доходу, навіть якщо ви маєте медичну страховку. *Щоб отримати додаткову інформацію, перейдіть на наш вебсайт www.legacyhealth.org**. У полі пошуку введіть запит «finance assistance» (англійською мовою, що в перекладі означає «фінансова допомога»). На сторінці, що відкриється, ви побачите посилання на інформацію вашою мовою.*

Витрати, які покриває фінансова допомога Фінансова допомога покриває витрати на необхідні за медичними показаннями послуги, що надає Legacy Health, залежно від вашої відповідності вимогам. Фінансова допомога може не покривати всі витрати на медичне обслуговування, зокрема послуги, що їх надають інші організації. Ця допомога також покриває витрати на послуги лікарів Legacy Health.

Якщо у вас виникли запитання або потрібна допомога із заповненням цієї заяви, зверніться до служби підтримки клієнтів
за номером 503-413-4048 (безплатний номер: 800-495-7076). Допомогу можна отримати з будь-яких питань, зокрема щодо обмежених можливостей або мовних проблем.

Щоб вашу заяву було розглянуто, вам потрібно надати перелічену далі інформацію.

- □ **Інформація про сім'ю**
  Зазначте кількість членів сім'ї (до складу сім'ї входять особи, які проживають разом та споріднені за народженням, шлюбом або усиновленням/удочерінням).
- □ **Інформація про валовий щомісячний дохід вашої сім'ї (дохід до сплати податків і відрахувань)**
- □ **Документація про доходи сім'ї**
- □ **Додаткова інформація (за потреби)**
- □ **Підпишіть і поставте дату.**

Примітка. Щоб подати заяву для отримання фінансової допомоги, надавати номер соціального страхування не потрібно. Якщо ви надасте свій номер соціального страхування, обробку вашої заявки може бути прискорено. Номери соціального страхування використовуються, щоб перевірити надану нам інформацію. Якщо ви не маєте номера соціального страхування, позначте в полі «не застосовується» або «н/з».

Заповнену заяву та всю документацію надішліть поштою або факсом: Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. Факс: 503-413-2753. Обов'язково збережіть копію для себе.

Подати заповнену заяву можна також особисто. Для цього зверніться до будь-якого відділення Legacy Health. У лікарнях працюють фінансові консультанти, які допоможуть вам за попереднім записом.

Ми повідомимо вам про остаточне визначення права отримати допомогу та права подати апеляцію (якщо це застосовне) упродовж 10 робочих днів після того, як буде надано заповнену заяву для отримання фінансової допомоги, включно з документацією про доходи.

Надання заяви для отримання фінансової допомоги означає вашу згоду на те, що ми зробимо необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

Ми радо вам допоможемо. Подайте заяву якнайшвидше!
Ви отримуватимете рахунки, допоки ми не отримаємо вашу інформацію.

Заява для отримання фінансової допомоги

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ
Чи потрібен вам перекладач? □ **Так** □ **Ні** *Якщо «Так», укажіть бажану мову:*
Чи подав пацієнт заяву на отримання допомоги за програмою Medicaid? □ **Так** □ **Ні**
Чи має пацієнт постійне місце проживання? □ **Так** □ **Ні**

ВІЗЬМІТЬ ДО УВАГИ.

- Ми не можемо гарантувати, що після подання заяви ви отримаєте право на фінансову допомогу.
- Коли ми отримаємо вашу заяву, ми перевіримо всю інформацію та можемо попросити вас надати додаткову інформацію або документи про підтвердження доходу.
- Упродовж 10 робочих днів після отримання вашої заповненої заяви та документації ми повідомимо вам, чи маєте ви право на допомогу.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА Й ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	По-батькові пацієнта		Прізвище пацієнта
□ Чоловіча □ Жіноча □ Інше (укажіть за потреби _____)	Дата народження		Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково)
Особа, відповідальна за сплату рахунків	Ким доводиться пацієнтові	Дата народження	Номер соціального страхування (необов'язково)
Поштова адреса _____ _____ Місто Штат Поштовий індекс			Основний контактний номер телефону (можна зазначити декілька) ( ) _____ ( ) _____ Поштова адреса: _____

Відомості про зайнятість особи, відповідальної за сплату рахунків
□ **Працевлаштована** (дата прийняття на роботу: _____) □ Безробітня (як довго немає роботи:_____)
□ **Самозайнята особа** □ **Студент(-ка)** □ **Особа з обмеженими можливостями** □ **Пенсіонер(-ка)** □ **Інше** (_____)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Надайте перелік членів вашої сім'ї, включно з вами. До складу сім'ї входять особи, які проживають разом та споріднені за народженням, шлюбом або усиновленням/удочерінням.

СКЛАД СІМ'Ї _____ *Додайте ще одну сторінку за потреби*

Ім'я	Дата народження	Ким доводиться пацієнтові	Якщо 18 років або старше: Назва компанії-роботодавця (або кількох компаній) або джерело доходу	Якщо 18 років або старше: Валовий щомісячний дохід (до сплати податків):	Також потребує фінансової допомоги?
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Необхідно вказати дохід усіх повнолітніх членів сім'ї. Джерела доходу охоплюють, наприклад:

- Заробітна плата - Допомога по безробіттю - Дохід самозайнятої особи - Допомога по непрацездатності - Допомога по інвалідності - Додатковий соціальний дохід - Аліменти на дружину/дітей
- Програми «робота-навчання» (для студентів) - Пенсія - Виплати за пенсійним рахунком - Інше (*поясніть*_____)

Заява для отримання фінансової допомоги

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД

ПАМ'ЯТАЙТЕ, ЩО: до заяви вам потрібно додати документацію про підтвердження доходу.

Вам потрібно надати інформацію про доходи вашої сім'ї. Для призначення фінансової допомоги потрібна перевірка доходів. Усі члени сім'ї віком 18 років і старше повинні декларувати свої доходи. Якщо ви не можете надати документацію, можна подати письмову підписану заяву з описом ваших доходів. Надайте підтвердження для кожного зазначеного джерела доходу. Приклади документів для підтвердження доходу:

- довідка про утримання податку «W-2»;
- дійсна довідка про нарахування заробітної плати *(за три місяці)*;
- декларація про федеральні прибуткові податки за минулий рік із розбивкою за категоріями (якщо застосовне);
- письмові, підписані заяви від роботодавців або інших осіб;
- схвалення/відмова у праві на отримання допомоги за програмою Medicaid та (або) допомоги для медичного обслуговування, що фінансується державою; або схвалення/відмова у праві на отримання допомоги по безробіттю.

Якщо ви не маєте довідки про доходи або не маєте доходу, додайте ще одну сторінку з поясненням.

Інформація про ощадний рахунок для медичного обслуговування (Healthcare Savings Account, HSA)

Ці кошти потрібно використати для погашення залишків заборгованості до надання фінансової допомоги.

Баланс ощадного рахунку для медичного обслуговування (HSA) _____ доларів США

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що організація Legacy Health може перевіряти надану інформацію та отримувати інформацію з інших джерел, щоб визначити право на отримання фінансової допомоги або планів для виплат. Я підтверджую, що, як мені відомо, наведена вище інформація є достовірною й правильною. Я розумію, що якщо надану мною фінансову інформацію буде визнано неправдивою, результатом може бути відмова у фінансовій допомозі, і я можу нести відповідальність за сплату наданих послуг та буду зобов'язаним(-ою) їх оплатити.

_____ _____

Підпис заявника Дата