

Twin City Medical Center

Инструкции по заполнению формы заявки на получение финансовой помощи

Это заявка на получение финансовой помощи на сайте *CommonSpirit Health* (сайт утвержден NHSC).

CommonSpirit Health оказывает финансовую помощь лицам и семьям, отвечающим определенным требованиям в отношении дохода. Вы можете претендовать на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Помощь предоставляется пациентам, у которых семейный доход составляет менее 400% от установленного федерального уровня бедности. Информацию об установленном федеральном уровне бедности можно найти в Интернете по адресу <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Что покрывает финансовая помощь? Финансовая помощь больницам покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые CommonSpirit Health, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении этой заявки: Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая инвалидность и помощь переводчика, по телефону: 844-428-7500

Для того, чтобы ваша заявка была обработана, вам необходимо:

- Предоставить нам информацию о вашей семье
- Предоставить нам информацию об общем ежемесячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и отчислений)
- Предоставить документы о семейном доходе
- При необходимости приложить дополнительную информацию
- Подписать форму и поставить дату

Отправьте заполненную заявку со всей документацией по почте или факсу по адресу: Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street, Dennison, OH 44621 Факс: 740-922-7412. Обязательно сохраните копию для себя.

Подать заполненную заявку лично можно по адресу: Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

Мы уведомим вас об окончательном решении по праву на получение финансовой помощи и праву на апелляцию, в соответствующем случае, в течение 30 календарных дней после получения полной заявки на получение финансовой помощи, включая документы о доходах.

Подавая заявку на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на направление нами необходимых запросов для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Мы хотим вам помочь. Подавайте заявку своевременно!

Вы можете получать счета, пока мы не получим вашу информацию.

Twin City Medical Center

Форма заявки на получение финансовой помощи (сайты утверждены NHSC) — конфиденциально

Заполните всю информацию в полном объеме. Если к вам это не относится, напишите «Н/П». При необходимости приложите дополнительные страницы.

ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОВЕРКЕ

Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите нужный язык:
Получает ли пациент государственные общественные услуги, такие как талоны на питание или помощь по программе для женщин, младенцев и детей (WIC, Women, Infants, and Children)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Список больниц CommonSpirit Health, в которых вы лечились:

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если вы подадите заявку.
- После того, как вы отправите заявку, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента		Фамилия пациента
Дата рождения	Номера счетов пациента:		Основной контактный номер (номера) () _____ () _____
Лицо, ответственное за оплату счета	Отношение к пациенту	Дата рождения	Адрес электронной почты: _____
Почтовый адрес: _____ _____			
Город	Штат	Почтовый индекс	
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета <input type="checkbox"/> Трудоустроенный (дата трудоустройства: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (в течение какого срока: _____) <input type="checkbox"/> Частный предприниматель <input type="checkbox"/> Учащийся <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая себя. «Семья» включает двух или более человек, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые живут вместе. Если пациент может указать кого-либо в качестве иждивенца в своей декларации о подоходном налоге, это лицо будет считаться членом семьи пациента для целей настоящей Заявки.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости приложите дополнительную страницу

Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если 18 лет и старше: Имя/название работодателя (работодателей) или источник дохода	Если 18 лет и старше: Общий ежемесячный доход (до налогообложения):	Тоже подает заявку на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
<p>Доходы всех взрослых членов семьи должны быть раскрыты. К источникам дохода относятся, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Зарботная плата - Пособие по безработице - Доход частного предпринимателя - Компенсация работника - Пособие по инвалидности - SSI - Алименты на ребенка или супруга - Программа «Учись и работай» (учащиеся) - Пенсия - Пенсионный доход - Другое (<i>укажите</i>): 					

Twin City Medical Center

Форма заявки на получение финансовой помощи — конфиденциально

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

ИМЕЙТЕ В ВИДУ: К заявке необходимо приложить подтверждение дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходах вашей семьи. Для определения возможности предоставления финансовой помощи требуется подтверждение дохода.

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны раскрыть свой доход. Предоставьте подтверждение каждого указанного источника дохода.

Примеры подтверждения дохода включают следующее:

- Декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая приложения, в соответствующем случае; или
- Заявление об удержании W-2; или
- Текущие квитанции о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- Письменные, подписанные заявления работодателей или других лиц; или
- Одобрение/отказ в праве на пособие по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, приложите дополнительную страницу с подписанным заявлением, объясняющим, как вы обеспечиваете основные расходы на проживание (такие как жилье, питание и коммунальные услуги).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные убытки.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что CommonSpirit Health вправе проверять информацию, получая сведения из других источников, чтобы помочь в определении права на финансовую помощь или планы выплат.

- Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и точной, насколько мне известно.
- Я понимаю, что если я не буду сотрудничать с CommonSpirit Health в предоставлении запрошенной информации, моя заявка может быть отклонена.
- Я понимаю, что информация, которую я отправляю, подлежит проверке CommonSpirit Health.
- Я понимаю, что для получения помощи может быть запрошена дополнительная информация.

Если вы получаете платеж от страховой компании, по плану компенсации работникам или от любой другой третьей стороны, вы соглашаетесь информировать больницу о любом таком платеже. Больница сохраняет за собой право взимать первоначальные полные платежи, если третья сторона предоставит вам оплату за услуги больницы.

Подпись лица, подающего заявку

Дата