

Как подать заявление на получение финансовой помощи

Инструкции по заполнению Вашего заявления

По закону все больницы должны предоставлять финансовую помощь людям и семьям, отвечающим определенным требованиям. Вы можете получить бесплатное обслуживание или платить меньше за определенные услуги в зависимости от размера Вашей семьи и дохода, даже в случае наличия у Вас медицинской страховки. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи, пожалуйста, перейдите по ссылке ohsu.edu/financial-assistance.

Что покрывает финансовая помощь

- Не все услуги соответствуют критериям, поэтому Вам необходимо убедиться в том, что услуга покрывается, до её получения. Список услуг, которые **мы НЕ покрываем**, приведен в политике финансовой помощи на сайте ohsu.edu/financial-assistance.
- Обратите внимание, что в случае одобрения финансовой помощи для Вас, это НЕ гарантирует получения услуг.
- Если Вы можете претендовать на участие в программе Medicaid или других программах, мы рекомендуем Вам подать заявление на участие в них, поскольку они могут иметь больше преимуществ.

Алгоритм заполнения формы заявления



- ❶ Заполните информацию о Вас и Вашей семье.
 - Вам **НЕ** нужно указывать свой номер социального страхования.
 - Под семьей мы понимаем одинокого человека, супружескую пару или зарегистрированного сожителя (даже если они не указаны в Вашей налоговой декларации), а также всех лиц, находящихся на иждивении, заявленных Вами в налоговой декларации. Ребенок до 18 лет, как правило, считается таким, который находится на иждивении.
Примеры семей:
 - Пары, состоящие в законном браке (или гражданском браке), проживающие совместно, вместе с детьми до 18 лет, находящимися на их иждивении, и любым другим человеком, проживающим в семье или вне ее, которого пара указывает в своих налогах.
 - Не состоящие в браке пары с одним ребенком или несколькими общими детьми, в случае если ребенок является пациентом.
 - Спонсируемые непроживающие вместе, их спонсор и семья спонсора.
- ❷ Заполните информацию о валовом доходе Вашей семьи (доход без учета налогообложения и вычетов).
- ❸ Укажите, каким имуществом вы владеете, и предоставьте подтверждения, чтобы определить, имеете ли вы право на участие в Medicaid.
- ❹ Добавьте всю остальную информацию, запрошенную нами.
- ❺ Подпишите и поставьте дату на форме финансовой помощи.

За помощью в заполнении заявления обращайтесь по телефону
503-494-8551, с понедельника по пятницу, с 9 a.m-4:30 p.m.

Документы, которые необходимо приложить к форме



Пожалуйста, **пришлите достоверные копии** всех нижеперечисленных документов, которые Вам принадлежат. Мы **НЕ** сможем вернуть оригиналы документов

- ☐ **Подтверждение места проживания.** Предоставьте один из нижеприведенных документов: счет за коммунальные услуги на Ваше имя, договор аренды, выписку об ипотеке Вашего жилья, копию Ваших водительских прав или удостоверение личности. Мы можем запросить дополнительные доказательства о месте проживания. *Вы должны являться жителем штата Oregon или граничащего с ним округа штата Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla и Yakima) и не планировать переезд из указанного региона.*
- ☐ **Корешки платежных ведомостей** за последние 3 полных календарных месяца. В случае отсутствия у Вас платежных квитанций, Вы можете предоставить письмо от работодателя, в котором указан Ваш валовой доход за последние 3 полных календарных месяца. *Доход учитывается в том месяце, когда он был получен (дата выплаты), а не в том, когда он был заработан.*
- ☐ **Декларации о подоходном налоге** за последний год, включая любые таблицы (например, таблица C для доходов от индивидуальной предпринимательской деятельности).
- ☐ **Социальное обеспечение, ветераны, письмо о назначении пенсии** или другие эквивалентные документы.
- ☐ **Исковые претензии** от State Employment Division (Государственного отдела занятости).
- ☐ **Заявление о выплате алиментов на ребенка** и/или супруга.
- ☐ **Расчетная таблица доходов от самозанятости** или **выписка прибыли и убытков** за последние 3 полных календарных месяца.
- ☐ Документы, подтверждающие **любой другой источник дохода**, указанный в Вашем заявлении, включая доход от процентов или дивидендов, или любой другой систематичный источник дохода.
- ☐ **Выписки из банка/кредитного союза;** расчетные и сберегательные счета.
- ☐ **Денежный депозит (CD), акции, облигации или выписки с инвестиционных счетов.**

Отправьте форму



- Мы сообщим Вам, имеете ли Вы право на получение финансовой помощи в течение **3 недель** после получения заполненного Вами заявления и документов.
- Вы по-прежнему будете получать счета в ходе рассмотрения Вашего заявления.

Почтовый адрес:

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

Доставить лично в руки:

Пожалуйста, позвоните по номеру телефона 503-494-8551, чтобы узнать ближайшее к Вам местоположение.

Форма заявления на получение финансовой помощи

Пожалуйста, заполните полностью всю информацию. В случае отсутствия информации, укажите «NA».

Приложите дополнительные страницы в случае необходимости.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам нужен переводчик? ☐ Да ☐ Нет Если Да , укажите предпочитаемый язык: _____
Обращался ли пациент ранее к Medicaid? ☐ Да ☐ Нет
Получает ли пациент государственные услуги, такие как TANF, Basic Food или WIC? ☐ Да ☐ Нет
Является ли пациент на данный момент бездомным? ☐ Да ☐ Нет
Связана ли необходимость медицинской помощи для пациента с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет
Для какого учреждения пациенту требуется финансовая помощь? ☐ Adventist Portland ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что Вы будете иметь право на получение финансовой помощи, даже в случае подачи заявления.
- После отправления Вами заявления, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение уровня Вашего дохода.
- В течение 21 календарного дня 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
☐ Мужчина ☐ Женщина ☐ Другое (можете указать _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (необязательно)
Ответственный за оплату счета	Степень родства с пациентом	Дата рождения
Почтовый адрес (укажите физический адрес, если он отличается) _____ _____		Номер социального страхования (необязательно)
Почтовый адрес (укажите физический адрес, если он отличается) _____ _____ _____		Основной контактный телефон(ы) () _____ () _____ Электронный адрес: _____
Город	Штат	Почтовый индекс
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета		
☐ Работает (дата приема на работу: _____) ☐ Безработный (в течение какого периода безработный: _____) ☐ Частный предприниматель ☐ Студент ☐ Инвалид ☐ Пенсионер ☐ Другое (_____)		

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

Перечислите членов семьи/домочадцев, за которых вы несете финансовую ответственность, включая себя. Определения и примеры семей приведены в инструкции.

СОСТАВ СЕМЬИ

Приложите дополнительную страницу в случае необходимости

Ф.И.О.	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Данные о работодателе(ях) или источнике дохода	Общий ежемесячный доход (без учета налогообложения):	Также претендует на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо отобразить информацию о трудовом и нетрудовом доходе всех взрослых членов семьи. Пожалуйста, укажите нетрудовые доходы всех членов семьи, не достигших 18 лет. К источникам дохода относятся, к примеру:

- Заработная плата - Пособие по безработице - Заработная плата самозанятых лиц
- Заработная плата работников по найму - Пенсия по инвалидности - SSI - Алименты на ребенка/супруга
- Стипендиальные программы (для студентов) - Пенсия - Расходы по пенсионным счетам
- Другое (пожалуйста уточните) _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению необходимо приложить справку о доходах.

Вы должны предоставить информацию о доходах Вашей семьи. Для определения финансовой помощи требуется подтверждение дохода. Все члены семьи должны указать свой доход. Пожалуйста, предоставьте доказательства для каждого из указанных источников дохода. Полный список требований к уровню дохода приведен в сопроводительном письме. К примерам подтверждения дохода относятся:

- Актуальные платежные ведомости (за 3 месяца); а также
- Декларация о доходах за прошлый год, включая графики, если применимо; а также
- Подписанные заявления в письменном виде от работодателей или других лиц; а также
- Одобрение/отказ в праве на получение Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством; а также
- Одобрение/отказ в праве на получение компенсации по безработице

В случае отсутствия дохода, пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу с объяснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Необязательно. Может использоваться в некоторых ситуациях для получения более полной картины Вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы на содержание дома:

Аренда/ипотека	\$ _____	Затраты на медицинскую помощь	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Прочая задолженность/расходы	\$ _____	(алименты на детей, кредиты, затраты на покупку лекарственных средств, прочее)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация будет использоваться для определения права на участие в программах Medicaid. Данная информация не используется для определения финансовой помощи.

Текущий баланс расчетного счета
\$ _____
Остаток на текущем сберегательном счете
\$ _____

Обладает ли Ваша семья другими активами?
Пожалуйста, отметьте все подходящие варианты
☐ Акции ☐ Облигации ☐ Медицинский накопительный счёт(а)
☐ Траст(ы) ☐ Имущество (за исключением основного жилья)
☐ Владение бизнесом

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, добавьте дополнительную страницу в случае наличия другой информации о Вашем текущем финансовом положении, о которой Вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные потери.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что OHSU Health может убедиться в достоверности информации путем проверки кредитной истории и получения информации из других источников для определения права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что вышеприведенная информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что в случае признания предоставляемой мной информации как ложной, результатом может быть отказ в финансовой помощи, я могу нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду оплатить их.

Подпись заявителя _____

Дата _____