



Форма запроса на апелляцию относительно получения финансовой помощи

Заполните эту форму только в том случае, если мы приняли решение о вашем праве на финансовую помощь на основании заполненного вами заявления на получение финансовой помощи и предоставленных вами подтверждающих документов.

Информация для пациента			
Фамилия пациента	Имя пациента	Дата рождения	MRN (если известно)
Информация о семье			
Перечислите всех членов семьи, которые также подали заявление на получение финансовой помощи.			
Имена и даты рождения:			
Информация об апелляции			
Как вы считаете, в какой части вашего заявления мы были неправы, исходя из нашей политики финансовой помощи?			
☐ Как был рассчитан доход			
☐ Размер домашнего хозяйства			
☐ Место жительства			
☐ Прочее _____			
Ознакомьтесь с политикой OHSU Health предоставления финансовой помощи можно на веб-сайте www.ohsu.edu/financial-assistance			
Напишите ниже, почему Вы считаете, что решение относительно финансовой помощи было неправильным. Обязательно приложите все документы, подтверждающие ваше мнение.			
Верните заполненную форму и подтверждающие документы:			
Почтой по адресу: OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	По факсу: 503-418-2377	По эл. почте: sfr@ohsu.edu	

У вас возникли вопросы об этой форме? Обратитесь за помощью, позвонив по номеру 503-494-8551.

После получения вашей апелляции вы получите ответ в течение 3 недель. Возможно, нам потребуется запросить у вас дополнительную информацию, прежде чем мы сможем принять решение.