

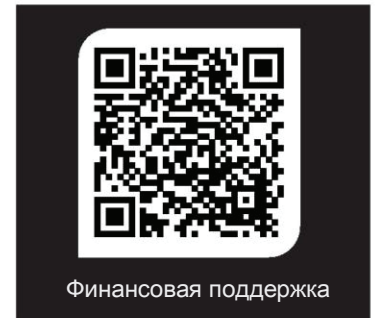
# ИНСТРУКЦИИ К ФОРМЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ



Это заявление предназначено для получения финансовой поддержки в организации MultiCare Health System.

**Все больницы штата Вашингтон обязаны предоставлять финансовую поддержку** лицам и семьям, которые соответствуют определенным критериям по уровню дохода. Вы можете соответствовать критериям для получения медицинских услуг бесплатно или на льготных условиях, в зависимости от размера и дохода вашей семьи, даже если у вас есть медицинская страховка. Для подбора программы финансовой поддержки в соответствии с потребностями пациента MultiCare использует критерии на основе федерального прожиточного минимума (ФПМ) и состава семьи. Если уровень дохода пациента не выше 300% от ФПМ, то после проверки дохода, счёт такого пациента будет сокращён на 100%. Если уровень дохода пациента составляет от 301 до 400% ФПМ, то его счёт будет сокращён по приведенной ниже скользящей шкале.

Уровень дохода до		
300%	350%	400%
Благотворительная скидка		
100%	75%	70%
Доля оплаты пациентом		
0%	25%	30%



**На что распространяется финансовая поддержка?** Финансовая поддержка покрывает медицинские услуги, предоставляемые организацией MultiCare Health System по медицинской необходимости в больнице или клинике, на основании таблицы скидок. Финансовая поддержка может не полностью покрывать медицинские расходы, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Чтобы узнать об исключениях, ознакомьтесь с Политикой финансовой поддержки для клиник, которую можно найти на нашем веб-сайте.

Если вы хотите задать вопрос или получить помощь при заполнении данного заявления, перейдите по ссылке [multicare.org/financial-assistance/](http://multicare.org/financial-assistance/) для ознакомления с часто задаваемыми вопросами или позвоните 1-800-919-1936. Помощь при заполнении предоставляется по любым причинам, включая инвалидность или языковые ограничения.

Чтобы настроить или получить поддержку через систему MyChart\*, свяжитесь со службой поддержки клиентов по телефону 1-844-388-2356

Чтобы ваше заявление было обработано:

- Предоставьте нам информацию о своей семье.** Укажите количество проживающих с вами членов семьи (в состав семьи входят проживающие вместе лица, связанные по рождению, браку или усыновлению)
- Предоставьте нам информацию о суммарном месячном доходе вашей семьи (доход до всех вычетов)**
- Предоставьте документальное подтверждение дохода семьи**
- Приложите всю необходимую информацию**
- Подпишите заявление и поставьте дату**

**Примечание:** для подачи заявления на получение финансовой поддержки не обязательно указывать номер социального страхования. Но если вы укажете свой номер социального страхования, ваше заявление будет обработано быстрее. Номер социального страхования используется для проверки предоставляемой вами информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «нет» (N/A).

Как подать заполненное заявление и прилагаемые документы:

- **Отправьте по почте:** PO BOX 5299 MS: 1002-1-PFN TACOMA, WA 98415-0299
- **Отправьте по факсу:** 253-864-4017
- **Подайте онлайн через:** MyChart\*
- **Отправьте по электронной почте:** PFNFinancialAssistance@multicare.org
- **Подайте лично:** Принесите заполненный печатный бланк «Заявление на получение финансовой поддержки» (Financial Assistance Application) в регистратуру любой из основных больниц или любого из медицинских центров нашей организации.

В течение 14 календарных дней после доставки полностью заполненного заявления на получение финансовой поддержки с подтверждающими доход документами, мы сообщим вам о решении по вашему соответствию критериям на поддержку, и о возможности его обжаловать, если она имеется.

Подаявая заявление на получение финансовой поддержки, вы разрешаете нам осуществлять необходимые запросы для проверки ваших финансовых обязательств и финансовой информации.

**Мы готовы помочь. Не затягивайте с подачей заявления!  
Вам могут продолжать поступать счета, пока мы не получим ваши данные**

Пожалуйста, укажите все данные без пропусков. Если что-либо недоступно/ неприменимо, поставьте прочерк «—» (NA). Приложите дополнительную страницу, если необходимо.\*

### НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ

Вам нужен переводчик?  Да  Нет Если да, укажите необходимый язык:

Подавал ли пациент заявление для программы Medicaid?  Да  Нет

Получает ли пациент государственные социальные услуги, например TANF, Basic Food или WIC?  Да  Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным?  Да  Нет

Связана ли необходимость лечения пациента с дорожно-транспортным происшествием или производственной травмой?  Да  Нет

### ПРИМИТЕ ВО ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать получение вами финансовой поддержки, даже если вы подали заявление.
- После подачи заявления, мы можем проверить информацию и запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документов, мы сообщим о вашей правомочности для получения поддержки.

### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Отчество пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой (укажите _____)		Дата рождения		Номер счета	
Лицо, ответственное за оплату счета		Кем приходится пациенту	Дата рожд.	Номер социального страхования	
Почтовый адрес				Номер(а) телефонов для связи	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Город            Штат            Почтовый индекс				Адрес электронной почты:	
_____				_____	
Занятость лица, ответственного за оплату счета					
<input type="checkbox"/> Работает (дата начала: _____) <input type="checkbox"/> Не работает (как долго: _____)					
<input type="checkbox"/> Самозанятость <input type="checkbox"/> Учеба <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Другое ( _____ )					

### СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, которые живут с вами, включая себя. Семья включает людей, связанных по рождению, браку и усыновлению, которые живут вместе.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

Приложите дополнительную страницу, если необходимо

Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц от 18 лет и старше: работодатель или источник дохода:	Для лиц от 18 лет и старше: полная сумма месячного дохода (до вычета налогов):	Также подает заявление на получение финансовой поддержки?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

\* Визиты MultiCare Indigo Urgent Care НЕ покрываются по программе финансовой поддержки MultiCare.

# ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ – КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

(продолжение)

## СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

**ВНИМАНИЕ:** к заявлению необходимо приложить документы, подтверждающие сумму ваших доходов.

Вы должны представить информацию о текущих доходах вашей семьи. Источником дохода может быть:  
-Зарплата - Пособие по безработице - Самозанятость - Компенсация работнику - Пособие по инвалидности -  
Пособие SSI - Пособие на содержание ребенка/супруга.

-Выплаты работающим студентам - Пенсия - Снятия с пенсионных счетов - Другое (подробнее \_\_\_\_\_)

Для определения правомочности получения финансовой поддержки необходимо подтвердить сумму всех доходов. Необходимо указать текущий доход всех членов семьи в возрасте от 18 лет. Если вы не можете предоставить документы, то можно приложить письменное заявление с указанием дохода, заверенное подписью. Предоставьте подтверждение каждого из указанных источников доходов. Подтверждением источника дохода может быть:

- текущий отчет W2 об удержании налога; или
- квитанции текущих платежей (за 3 месяца); или
- самая последняя налоговая декларация с графиком оплаты, если он есть; или
- письменное заявление от работодателя или другого плательщика, заверенное подписью; или
- подтверждение/ отказ в правомочности получения пособия по безработице.

Пожалуйста, представьте один из приведенных выше документов, отражающих ваш последний доход.

Если у вас нет доходов или подтверждения источника, приложите дополнительную страницу с пояснением.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если вы хотите представить нам дополнительную информацию о своем текущем финансовом состоянии, например: о финансовых трудностях, сезонных или временных доходах, понесенном ущербе.

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что MultiCare Health System может проверить информацию путем просмотра кредитной истории или получения информации из других источников, чтобы установить правомочность получения мной финансовой поддержки или рассрочки оплаты.

Я подтверждаю достоверность и правильность указанной выше информации в соответствии с имеющимися у меня сведениями. Я понимаю, что если выяснится, что мной представлена ложная информация, то мне будет отказано в предоставлении финансовой поддержки, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных услуг.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата