



Форма заявки на получение благотворительной медицинской помощи / финансовой помощи.
Конфиденциально. Укажите всю заполненную информацию. Если неприменимо, напишите «NA». При необходимости приложите дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Необходим ли вам переводчик? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите предпочтительный язык:

Подавал ли пациент заявку на участие в программе Medicaid? ☐ Да ☐ Нет

Получал ли пациент государственные услуги, такие как TANF, Basic Food или WIC? ☐ Да ☐ Нет

Является ли пациент бездомным в настоящее время? ☐ Да ☐ Нет

Связана ли потребность пациента в медицинском уходе с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет

ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ

- Мы не можем гарантировать, что вы получите финансовую помощь, даже если вы подадите заявку.
- Когда вы подадите заявку, мы проверим всю информацию и, возможно, запросим дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- Эта заявка используется для определения права на получение как благотворительной (бесплатной) медицинской помощи, так и медицинской помощи со скидкой. Если вы подадите заявку только на медицинское обслуживание со скидкой, вы можете получить меньшую финансовую помощь, чем та, которая может быть предоставлена по программе благотворительной медицинской помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента		Фамилия пациента
☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другой (при желании уточните) _____	Дата рождения	☐ Холост / не замужем ☐ Женат / замужем ☐ В разводе ☐ Проживаю отдельно по решению суда ☐ Вдова ☐ Вдовец	Номер социального страхования пациента (необязательно)
Учреждение:	Дата обслуживания	Номер обращения	Предпочитаемый способ связи: ☐ Электронная почта ☐ Телефон ☐ Почта
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)
Почтовый адрес _____ _____ _____			Основные номера для связи () _____ () _____ Эл. почта: _____
Город	Штат	Почтовый индекс	

Сведения о занятости лица, ответственного за оплату счета

- ☐ Работа по найму (дата найма: _____)
- ☐ Без работы (продолжительность безработицы: _____)
- ☐ Самозанятость ☐ Учеба ☐ Нетрудоспособность ☐ Пенсия ☐ Другое (укажите): _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая вас.

Для пациентов из штатов Калифорния и Гавайи. Семья определяется следующим образом: (i) для лиц в возрасте 18 лет и старше — супруг(а), семейный партнер (семейная партнерша), дети на иждивении в возрасте до 21 года или любого возраста при наличии инвалидности независимо от того, проживают ли они дома; (ii) для лиц моложе 18 лет или для детей на иждивении в возрасте от 18 до 20 лет: родители, родственники, осуществляющие уход; другие дети родителей или родственников, осуществляющих уход, в возрасте до 21 года или любого возраста при наличии инвалидности.

Для пациентов из штата Орегон. Домохозяйство определяется следующим образом:

(А) одно физическое лицо; или (В) супруги, семейные партнеры или родитель и ребенок в возрасте до 18 лет, проживающие вместе, **а также** другие лица, за которых один человек, супруг(а), семейный партнер (семейная партнерша) или родитель несет финансовую ответственность.

РАЗМЕР ДОМОХОЗЯЙСТВА/СЕМЬИ _____

Имя	Дата рождения	Кем приходится пациенту	При возрасте 18 лет или больше: имя работодателя (работодателей) или источник дохода	При возрасте 18 лет или больше: общий ежемесячный доход (до уплаты налогов)	Тоже подает заявку на финансовую помощь?
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет

При необходимости приложите дополнительную страницу.

Необходимо указать доходы всех взрослых членов семьи. Примеры источников дохода:

- Заработная плата
- Пособие по безработице
- Самозанятость
- Компенсация работникам
- Пособие по инвалидности
- Дополнительный социальный доход
- Пособие на детей/супругов
- Программа «Учись и работай» (для студентов)
- Пенсия
- Выплаты на пенсионный счет
- Другое (укажите _____)

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: к заявке необходимо приложить справку о доходах.

Необходимо предоставить сведения о доходах семьи. Для определения размера финансовой помощи необходима проверка доходов.

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны указать свой доход. В случае невозможности представления документального подтверждения доходов вы можете подать письменное заявление с описанием ваших доходов.

Для определения права на получение финансовой помощи документальное подтверждение доходов ограничивается следующим:

- Последние квитанции о начислении заработной платы всем членам домохозяйства в течение 6 месяцев до или после первого выставления счета пациенту (или в ходе предварительного обслуживания на момент подачи Заявки) или

- Копия декларации по федеральному подоходному налогу (форма 1040) для пациента и супруга (супруги) или семейного партнера (семейной партнерши) за год выставления счета пациенту или за 12 месяцев до выставления первого счета пациенту

При желании вы можете предоставить другие документы, подтверждающие доход, однако Adventist Health не требует никакого другого подтверждения доходов. Например, если у вас нет подтверждения дохода или доход отсутствует, можно приложить дополнительную страницу с соответствующим пояснением.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ТРЕТЬИХ СТОРОН

Несет ли какая-либо третья сторона ответственность за оказываемые вам услуги? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если ДА, укажите эту третью сторону: _____

СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ (необязательно)

Мы используем данную информацию для получения более полной картины вашего финансового положения.

Семейные ежемесячные расходы:

Арендная плата / платежи по ипотеке, долл. США _____

Расходы на медицинские услуги, долл. США _____

Страховые взносы, долл. США _____

Коммунальные платежи, долл. США _____

Другие долги/расходы, долл. США _____

(алименты на детей, кредиты, медикаменты, прочее)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (необязательно)

Приложите дополнительную страницу, если располагаете другой информацией о вашем текущем финансовом состоянии, которую вы бы хотели нам сообщить, как, например, тяжелое финансовое положение, большие расходы на медицинское обслуживание, сезонный или временный доход, или личные потери.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что Adventist Health может проверять сведения путем проверки кредитной информации, а также ее получения из других источников с целью определения права на получение финансовой помощи или планов выплат.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что если предоставленная мною финансовая информация окажется ложной, это может стать причиной отказа в финансовой помощи, и я буду обязан(а) оплатить оказанные услуги.

Подпись заявителя

Дата

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВКУ

Телефон для консультаций: (888) 233-7868

Отправьте заполненную форму почтой по адресу:

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

ИЛИ

Отправьте заполненную форму по адресу электронной почты:

CFAC@coniferhealth.com