



Форма заявки на отримання благодійної медичної допомоги/фінансової допомоги — конфіденційна. Будь ласка, заповніть усі поля повністю. Якщо це не стосується, вкажіть «NA». За необхідності додайте додаткові сторінки.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОКАЗ

Вам потрібен перекладач? ☐ Так ☐ Ні Якщо «Так», вкажіть бажану мову:

Чи подав пацієнт заявку на участь у програмі Medicaid? ☐ Так ☐ Ні

Чи отримує пацієнт державні соціальні послуги, такі як TANF, Basic Food або WIC? ☐ Так ☐ Ні

Чи є пацієнт наразі бездомним? ☐ Так ☐ Ні

Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з дорожньо-транспортною пригодою або виробничою травмою? ☐ Так ☐ Ні

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, навіть якщо подасте заявку.
- Після того як ви надішлете свою заявку, ми можемо перевірити всю інформацію та попросити надати відсутні дані.
- Ця заявка використовується для визначення права на отримання як благодійної медичної допомоги (безкоштовної медичної допомоги), так і медичної допомоги зі знижкою. Якщо ви подасте заявку лише на програму Discounted Care, ви можете отримати меншу фінансову допомогу, ніж та, що надається в рамках програми Charity Care

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	Друге ім'я пацієнта		Прізвище пацієнта
☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (можна вказати)	Дата народження	☐ Одиночний ☐ Одружений ☐ Розлучений ☐ Юридично розлучений ☐ Вдова ☐ Вдівець	Номер соціального страхування пацієнта (не обов'язково)
Установа:	Дата надання послуги	Номер зустрічі	Бажаний спосіб зв'язку: ☐ Електронна пошта ☐ Телефон ☐ Пошта
Особа, відповідальна за оплату рахунку	Стосунки з пацієнтом	Дата народження	Номер соціального страхування (не обов'язково)
Поштова адреса			Основні номери телефонів () _____ () _____ Адреса електронної пошти: _____
Місто	Штат	Поштовий індекс	
Статус зайнятості особи, відповідальної за оплату рахунку ☐ Працівник (дата прийняття на роботу: _____) ☐ Безробітний (тривалість безробіття: _____) ☐ Самозайняті ☐ Студент ☐ Інвалід ☐ Пенсіонери ☐ Інше (якщо «Інше», будь ласка, поясніть): _____			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Перелічіть членів сім'ї, які проживають у вашому домогосподарстві, включаючи вас.

Для пацієнтів із Каліфорнії та Гаваїв: Під сім'єю розуміється: (i) для осіб віком від 18 років — чоловік або дружина, цивільний партнер, діти-утриманці віком до 21 року або будь-якого віку, якщо вони мають інвалідність, незалежно від того, чи проживають вони вдома, чи ні, та (ii) для осіб віком до 18 років або для дітей-утриманців віком від 18 до 20 років — батьків, родичів, які опікуються ними, та інших дітей батьків або родичів, які опікуються ними, віком до 21 року або будь-якого віку, якщо вони мають інвалідність.

Для пацієнтів зі штату Орегон: Під «домогосподарством» мається на увазі:

(А) одна особа; або (Б) подружжя, цивільні партнери або батько та дитина віком до 18 років, які проживають разом; **та** інші особи, за яких одна особа, подружжя, цивільний партнер або батько несуть фінансову відповідальність.

КІЛЬКІСТЬ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї _____

Ім'я	Дата народження	Стосунки з пацієнтом	Якщо вам 18 років або більше: назва роботодавця (роботодавців) або джерело доходу	Якщо вам 18 років або більше: Загальний щомісячний валовий дохід (до оподаткування):	Подавали заявку на фінансову допомогу?
					Так/Ні
					Так/Ні
					Так/Ні

За необхідності додайте додаткову сторінку.

Необхідно вказати доходи всіх повнолітніх членів сім'ї. До джерел доходу належать, наприклад:

- Заробітна плата - Безробіття - Самозайнятість - Компенсація працівникам - Інвалідність - SSI
- Аліменти на дітей/чоловіка/дружину - Програми «Навчання та робота» (для студентів) - Пенсія
- Виплати з пенсійного рахунку - Інше (будь ласка, поясніть)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХОДИ

ПАМ'ЯТАЙТЕ: До заявки необхідно додати підтвердження доходу.

Ви повинні надати інформацію про дохід вашої сім'ї. Для визначення розміру фінансової допомоги необхідно підтвердити доходи.

Усі члени сім'ї віком від 18 років повинні повідомити про свої доходи. Якщо ви не можете надати відповідні документи, ви можете подати письмову підписану заяву з описом ваших доходів.

З метою визначення права на участь у програмі фінансової допомоги документація щодо доходів обмежуються наступним:

- нещодавні платіжні квитки за 6 місяців до або після того, як пацієнту було виставлено перший рахунок (або до надання послуг, якщо Заява подається заздалегідь) або
- копія податкової декларації про доходи фізичних осіб (форма 1040) для пацієнта та подружжя або цивільного партнера за рік, коли пацієнту було виставлено перший рахунок, або за 12 місяців до цього

Ви можете надати інші документи, що підтверджують дохід, якщо бажаєте, але Adventist Health не вимагає жодних додаткових підтверджень доходу. Наприклад, якщо у вас немає підтвердження доходу або ви не маєте доходу, ви можете додати додаткову сторінку з поясненням.

ЦИВІЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Чи несе третя сторона відповідальність за ваші послуги? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо ТАК, будь ласка, вкажіть цю третю сторону: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ (необов'язково)

Ми використовуємо цю інформацію, щоб отримати більш повне уявлення про ваше фінансове становище.

Щомісячні витрати домогосподарства:

Орендна плата/іпотечний кредит	\$ _____
Витрати на медичне обслуговування	\$ _____
Страхові внески	\$ _____
Комунальні послуги	\$ _____
Інші борги/витрати	\$ _____ (аліменти, позики, ліки, інше)

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ (необов'язково)

Будь ласка, додайте додаткову сторінку, якщо є інша інформація про ваше поточне фінансове становище, про яку ви хотіли б нас поінформувати, наприклад, про фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонні або тимчасові доходи чи особисті втрати.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що Adventist Health може перевіряти інформацію шляхом аналізу кредитних даних та отримання інформації з інших джерел з метою визначення права на отримання фінансової допомоги або планів погашення заборгованості.

Я підтверджую, що, наскільки мені відомо, наведена вище інформація є правдивою та достовірною. Я розумію, що якщо надана мною фінансова інформація виявиться неправдивою, це може призвести до відмови у наданні фінансової допомоги, і я можу бути зобов'язаний оплатити надані послуги.

Підпис заявника

Дата

ЯК ПОДАТИ ЗАЯВКУ

У разі виникнення питань зателефонуйте за номером (844-827-5047)

Надішліть заповнену форму поштою на адресу:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

АБО

Надішліть заповнену форму електронною поштою на адресу:

AHFinAsst@ah.org