

Инструкции по подаче дополнительного заявления на получение финансовой помощи в MyChart

Это заявление на получение финансовой помощи во Fred Hutchinson Cancer Center. Это дополнительная версия заявления для подачи в MyChart. Используйте данную форму, ТОЛЬКО если вы подаете заявление в своей учетной записи в MyChart. Отправьте эту форму через модуль MyChart. Если вам нужно заполнить заявление полностью, перейдите на наш веб-сайт, чтобы загрузить его полную версию: fredhutch.org/financialassistance. Вы также можете запросить форму заявления или информацию в учреждении, куда вы обращаетесь за медицинской помощью.

Штат Вашингтон требует, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь населению и семьям, которые соответствуют определенным требованиям к уровню дохода. Вы можете иметь право на бесплатное обслуживание или обслуживание по сниженной цене в зависимости от размера вашей семьи и уровня дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Мы предоставляем финансовую помощь со 100-процентной скидкой любому пациенту или поручителю, общий семейный доход которого не превышает 300 % от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL). Для дат после 1 июля 2022 г. действует такое пороговое значение:

- при 301–350 % от FPL предоставляется скидка в 75 %, а остальные 25 % оплачивает пациент;
- при 351–400 % от FPL предоставляется скидка в 50 %, а остальные 50 % оплачивает пациент.

Для получения дополнительной информации обратитесь в отдел финансового консультирования по номеру телефона (206) 606-6226 или по бесплатному номеру (800) 304-1763 (выберите вариант 2), с понедельника по пятницу с 7:30 до 16:00 (Тихоокеанский часовой пояс).

Что покрывает финансовая помощь?

Финансовая помощь, выделяемая больницей, покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые Fred Hutchinson Cancer Center, в зависимости от вашего соответствия критериям. Финансовая помощь может не покрывать полностью все расходы на медицинское обслуживание, например на услуги, предоставляемые другими организациями.

Есть вопросы или нужна помощь в заполнении заявления?

Обратитесь в отдел финансового консультирования по номеру телефона (206) 606-6226 или по бесплатному номеру (800) 304-1763 (выберите вариант 2). Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая услуги для людей с инвалидностью и языковую помощь.

Примечание. Вам не обязательно указывать номер социального обеспечения для подачи заявления на получение финансовой помощи. Но если вы предоставите нам свой номер социального обеспечения, это поможет ускорить обработку вашего заявления. Номера социального обеспечения используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального обеспечения, поставьте в соответствующем поле отметку «Неприменимо» или «Н/П».

Обязательно сохраните у себя копию заявления на получение финансовой помощи.

Мы уведомим вас об окончательном решении о соответствии критериям получения помощи и правах на обжалование, если применимо, в течение 14 календарных дней после того, как получим ваше полное заявление на финансовую помощь, включая документацию о доходах.

Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы сделали необходимые запросы для подтверждения ваших финансовых обязательств и финансовой информации.

Мы хотим помочь. Подайте заявление своевременно!

Вы можете получать платежи, пока ваше заявление находится на рассмотрении. Работники Fred Hutchinson Cancer Center и UW Medicine могут обмениваться информацией, если это необходимо для оказания помощи пациентам, запрашивающим лечение в обоих учреждениях (в течение 90 дней после заполнения заявления).

Срок одобрения для каждого учреждения может отличаться.

Дополнительная форма заявления на получение финансовой помощи для подачи в MyChart

Это дополнительная версия заявления для подачи в MyChart. Используйте данную форму, ТОЛЬКО если вы подаете заявление в своей учетной записи в MyChart. Отправьте эту форму через модуль MyChart. Если вам нужно заполнить заявление полностью, перейдите на наш веб-сайт, чтобы загрузить его полную версию: fredhutch.org/financialassistance. Вы также можете запросить форму заявления или информацию в учреждении, куда вы обращаетесь за медицинской помощью.

Просьба указать все данные полностью. Если что-то к вам не относится, укажите «Неприменимо» («Н/П»). Приложите дополнительные страницы, если потребуется.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вам требуются услуги переводчика? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите предпочитаемый язык: _____
Подавал ли пациент заявление на участие в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Может потребоваться подать заявление до рассмотрения вопроса о предоставлении финансовой помощи.
Получает ли пациент услуги для населения от штата, такие как временная помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), основные продукты питания (Basic Food) или специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей (Women, Infants, and Children, WIC)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (можете указать: _____)	Дата рождения	Номер социального обеспечения пациента* <small>* См. примечание на стр. 1 относительно номера социального страхования.</small>
Контактные данные	Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона: домашний: _____ мобильный: _____ другой: _____	
Адрес эл. почты: _____		

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов своей семьи, включая себя. «Семья» включает людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые проживают совместно.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____ **ИЖДИВЕНЦЫ** _____ *Приложите дополнительную страницу, если необходимо*

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если лицу 18 лет или больше: название работодателя (-ей) или источник дохода	Если лицу 18 лет или больше: общий совокупный ежемесячный доход (до вычета налогов)	Также претендует на финансовую помощь?
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет

Должны быть раскрыты все доходы взрослых членов семьи. Ниже приведены некоторые источники дохода.

- Заработная плата - Пособие по безработице - Индивидуальное предпринимательство
- Компенсация работнику в связи с производственной травмой или профзаболеванием
- Пособие по инвалидности - Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)
- Алименты на содержание ребенка / супруги (-а) - Программы «Учись и работай» (для студентов)
- Пенсия - Выплаты с пенсионного счета - Другое (опишите: _____)