

Инструкции по заполнению формы заявления на получение финансовой помощи

Это заявление на получение финансовой помощи (также известной как благотворительная помощь) во Fred Hutchinson Cancer Center (FHCC).

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. FHCC предоставляет 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. действуют такие пороговые значения от FHCC:

- 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 FHCC, 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.

Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вы должны выполнить указанные ниже действия.

- Предоставить нам информацию о своей семье**
Укажите количество членов в своей семье (к ней относятся люди, связанные кровным родством, браком или усыновлением, которые проживают совместно)
- Предоставить нам информацию и документацию о совокупном ежемесячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и списаний)**
- Задекларировать активы**
- Прикрепить дополнительную информацию, если это необходимо**
- Подписать форму заявления и поставить дату**

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. Этот номер используется для проверки предоставленной нам информации. Если у вас его нет, поставьте отметку в соответствующем поле «Неприменимо» или «Н/П».

Отправьте заполненное заявление со всеми приложенными документами финансовому консультанту по адресу:

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
FINANCIAL COUNSELING
825 Eastlake Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
Эл. почта: Fincounsel@fredhutch.org
ФАКС: (206) 606-1271

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.

Форма заявления на получение финансовой помощи

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

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете соответствовать требованиям для получения финансовой помощи, даже если вы подадите заявление.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю предоставленную информацию и запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- Мы сообщим вам, имеете ли вы право на финансовую помощь, в течение 14 календарных дней после того, как получим ваше заполненное заявление и документацию.

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*	
Лицо, ответственное за оплату счета		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального обеспечения*	
				* См. примечание на стр. 1 относительно номера социального страхования.	
Статус трудовой занятости лица, ответственного за оплату счета <input type="checkbox"/> Работает по найму (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (сколько времени без работы: _____) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Другое (_____)					
Почтовый адрес			Адрес постоянного проживания (если отличается от почтового)		
_____			_____		
_ Город		Штат	Почтовый индекс		
_____		_____	_____		_____
_ Страна		Страна			
_____		_____			

Контактные данные
 Адрес эл. почты: _____

Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона:
 домашний () _____ мобильный () _____ рабочий () _____

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 подает заявление на получение финансовой помощи?
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет
					Да/Нет

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

- 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: _____*)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

НЕ ЗАБУДЬТЕ, что к заявлению необходимо приложить подтверждение дохода.

Вы должны указать доход членов семьи, перечисленных выше. Подтверждение дохода требуется для определения финансовой помощи.

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны сообщить о своих доходах. Если вы не можете предоставить документы, то можно подать письменное подписанное заявление с описанием ваших доходов. Предоставьте доказательства по каждому указанному источнику дохода.

В качестве примера подтверждения дохода можно привести следующие документы:

- выписка об удержании налога по форме W-2; или
- текущие квитанции о начислении заработной платы (*за 3 месяца*); или
- банковские выписки (*за 3 месяца*); или
- декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая таблицы, если применимо; или
- письменные подписанные справки от работодателей либо других лиц; или



- решение о соответствии либо несоответствии критериям получения страховки по программе Medicaid и (или) финансируемой штатом медицинской помощи; или
- решение о соответствии либо несоответствии критериям получения пособия по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или отсутствует доход, приложите дополнительную страницу с объяснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию, чтобы получить более полное представление о вашем финансовом положении.

Ежемесячные расходы семьи

Аренда/ипотека _____ \$	Медицинские расходы _____ \$
Страховые взносы _____ \$	Оплата коммунальных услуг _____ \$
Другая задолженность _____ \$ (алименты на содержание детей, кредиты, расходы на лекарства, другое)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает 400 % федерального прожиточного минимума.

<p>Текущий баланс расчетного счета \$ _____</p> <p>Текущий баланс сберегательного счета \$ _____</p>	<p>Есть ли у вашей семьи следующие прочие активы? Отметьте все, что относится к данному вопросу, и предоставьте подтверждающие документы</p> <p><input type="checkbox"/> Акции <input type="checkbox"/> Облигации <input type="checkbox"/> Накопительный пенсионный счет 401K <input type="checkbox"/> Медицинский (-е) сберегательный (-е) счет (-а) <input type="checkbox"/> Траст (-ы) <input type="checkbox"/> Недвижимость (за исключением основного места жительства) <input type="checkbox"/> Собственный бизнес</p>
--	---

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Прикрепите дополнительную страницу, если у вас есть другая информация о своем текущем финансовом положении, которую вы бы хотели нам сообщить, например финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход либо личная утрата.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что **Fred Hutchinson Cancer Center** и **UW Medicine** могут проверить информацию, ознакомившись с кредитной историей и получив данные из других источников, помогающих установить соответствие критериям получения финансовой помощи или планов выплат в рассрочку.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и правдивой. Я понимаю, что мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи, а также мне потребуются оплатить предоставленные мне услуги, если предъявленная мной финансовая информация окажется ложной.

_____ **Подпись лица, подающего заявление**

_____ **Дата**