

# Как подать заявление о финансовой помощи

## Инструкции по заполнению заявки

По закону все больницы должны предоставлять финансовую помощь пациентам и семьям, которые соответствуют определенным требованиям. В зависимости от размера своей семьи, уровня дохода и находящегося в вашем распоряжении имущества, вы можете получить бесплатную помощь или заплатить меньше за определенные услуги, даже если у вас есть медицинская страховка. Для ознакомления с нашей политикой финансовой помощи перейдите на страницу [tuality.org/patient-resources/financial-assistance/](http://tuality.org/patient-resources/financial-assistance/).

## Какие услуги покрывает финансовая помощь

- Финансовая помощь покрывает не все услуги, поэтому вы должны убедиться, что она распространяется на определенные услуги, прежде чем будете получать их. Список услуг, **на которые НЕ распространяется наша помощь**, содержится в нашей политике финансовой помощи, доступной на странице [tuality.org/patient-resources/financial-assistance/](http://tuality.org/patient-resources/financial-assistance/).
- Обратите внимание, что наличие права на финансовую помощь НЕ гарантирует предоставление услуг.
- Если вы соответствуете условиям Medicaid или других программ, мы просим вас сначала подать заявление в эти программы, так как они могут предоставлять дополнительные льготы.

## Шаги заполнения формы заявки



- ❶ Заполните информацию о вас и вашей семье
  - Вам **НЕ** нужно указывать ваш номер социального страхования.
  - Укажите список членов семьи, которые являются вашими родственниками по рождению, через брак или усыновление и с которыми вы проживаете вместе.
  - Обычно ребенок считается находящимся на иждивении, если он не достиг возраста 18 лет.
  - Примеры семей:
    - Находящиеся в официально зарегистрированном браке пары (или гражданские супруги), проживающие совместно, вместе с детьми младше 18 лет, находящимися на их иждивении, и другими проживающими с ними лицами, которых они указывают в своей налоговой декларации
    - Незарегистрированные пары с по крайней мере одним общим ребенком, если пациентом является ребенок.
    - Неграждане, получающие спонсорскую помощь, их спонсор и семья спонсора.
- ❷ Заполните информацию об общем доходе своей семьи (доход до вычета налогов и отчислений) и расходах.
- ❸ Укажите, каким имуществом вы владеете, и предоставьте подтверждения.
- ❹ Приложите всю прочую информацию, которую мы запрашивали.
- ❺ Подпишите форму заявления о финансовой помощи и поставьте дату.

Если вам нужна помощь для заполнения заявления, позвоните по номеру **503-681-1012** с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:30.

## Документы, которые нужно приложить к форме



Просим выслать **наиболее свежие копии** всех касающихся вас документов из списка, который приведен ниже. Мы **НЕ** сможем вернуть вам оригиналы документов.

- Подтверждение места жительства.** Предоставьте один из следующих документов: счет за коммунальные услуги на ваше имя, договор аренды, документ об ипотеке для вашего места проживания, копию водительских прав или удостоверения личности. Мы можем запросить дополнительное подтверждение места проживания. *Вы должны постоянно проживать в штате Орегон или пограничном округе штата Вашингтон (Бентон, Кларк, Колумбия, Коулиц, Кликитат, Льюис, Пасифик, Скамания, Вакиакум, Уолла-Уолла и Якима) и не планировать переезд из этого региона.*
- Корешки чеков на заработную плату** за три последних полных календарных месяца. Если у вас нет корешков чеков, вы можете вместо них предоставить письмо от своего работодателя, в котором указан ваш доход брутто за последних три полных календарных месяца. *Сумма считается доходом в тот месяц, когда она была получена (дата выплаты), а не в тот, за который она была начислена.*
- Налоговые декларации**, поданные за последний год, включая все приложения (например, приложение С для индивидуальной трудовой деятельности).
- Справка о выплате пенсии по социальному страхованию, пособия для ветеранов, других видов пенсии** или подобное.
- Расчет пособия по безработице** от управления штата по трудоустройству.
- Справка об алиментах на ребенка и/или **супружеских алиментах.**
- Таблица доходов самозанятого лица** или отчет о **прибылях и убытках** за последние три полных календарных месяца.
- Верификационные документы **любых других источников дохода**, указанных в вашем заявлении, включая доход от процентов или дивидендов, или от других регулярных источников дохода.
- Справки из банка / **кредитного союза**; текущие и сберегательные счета.
- Справки о **денежных депозитах (CD), акциях, облигациях или инвестиционных счетах.**
- Финансовая отчетность, которая подтверждает **капитал вашего бизнеса.**
- Документы, которые подтверждают другое **перечисленное имущество.**

## См. на обороте



- Мы сообщим вам, имеете ли вы право на финансовую помощь, в течение **3 недель** после получения заполненного заявления и документов.
- Вы и далее будете получать счета, пока мы будем рассматривать ваше заявление.

**Почтовый адрес:**  
Hillsboro Medical Center  
Patient Financial Services  
335 SE 8th Ave  
Hillsboro, OR 97123  
**Факс:** (503) 681-1365

**Для личной подачи:**  
Hillsboro Medical Center  
Admitting Desk  
335 SE 8th Ave  
Hillsboro, OR 97123





## Форма заявления о предоставлении финансовой помощи

Просим внести в форму полную информацию. Если пункт к вам не применим, впишите: «NA» (неприменимо). При необходимости приложите дополнительные страницы.

### СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

Пациент подавал заявление на получение помощи Medicaid?  Да  Нет

Пациент получает государственную помощь, например по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF), программе продовольственной помощи Basic Food или программе для женщин и детей (WIC)?  Да  Нет

Пациент в настоящее время бездомный?  Да  Нет

Медицинская помощь, необходимая пациенту, касается автомобильной аварии или производственной травмы?  Да  Нет

### ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы получите право на финансовую помощь, даже если подадите заявление.
- После отправки заявления мы можем проверить всю информацию и попросить у вас дополнительную информацию или подтверждение доходов.
- В течение 21 календарного дня после получения заполненной формы заявления и документов мы уведомим вас, соответствуете ли вы критериям получения помощи.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Среднее имя пациента	Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другой (можете указать: _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (не обязательно)	
Лицо, ответственное за оплату счетов	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (не обязательно)
Почтовый адрес (включая физический адрес, если отличается от официального)			Основной контактный номер(-а) ( ) _____ ( ) _____ Адрес электронной почты: _____
Город	Штат	Почтовый индекс	

Занятость лица, ответственного за оплату счета

Работает (дата поступления на работу: \_\_\_\_\_)

Не работает (как долго безработный: \_\_\_\_\_)

Самозанятый  Учащийся  Инвалид  Пенсионер  Прочее (\_\_\_\_\_)

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите проживающих с вами членов семьи, включая себя. Семья — это люди, состоящие в родственных отношениях по рождению, через брак или усыновление, которые проживают вместе.

#### РАЗМЕР СЕМЬИ

При необходимости приложите дополнительные страницы

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Название работодателя или источник дохода	Общий валовой ежемесячный доход (до вычета налогов):	Подает ли также заявление на оказание финансовой помощи?
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет

Необходимо указать доход от трудовой деятельности и из других источников всех взрослых членов семьи. Укажите доход из других источников членов семьи в возрасте до 18 лет. Источники дохода включают, среди прочего:

- зарплату - пособие по безработице - доходы от самозанятости - компенсацию работникам - пособие по инвалидности
- выплаты в рамках дополнительного социального пособия (SSI) - алименты на содержание ребенка / супруга(-и)
- программы работы во время учебы (для учащихся) - пенсию - выплаты по индивидуальному пенсионному счету
- прочее (поясните)



### ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** вы должны приложить к заявлению подтверждения вашего дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходе своей семьи. Для определения права на финансовую помощь необходима верификация дохода.

**Все члены семьи должны сообщить информацию о своих доходах. Просим предоставить подтверждения для всех указанных источников доходов. Полный список требований к доходам приведен на титульном листе. Примеры подтверждений доходов включают следующее:**

- корешки зарплатных чеков (за последние 3 месяца);
- налоговые декларации за последний год, включая приложения, если применимо;
- письменная справка от работодателя или других лиц с подписью;
- справка о назначении/отказе в назначении помощи Medicaid или медицинской помощи из фондов штата;
- справка о назначении/отказе в назначении пособия по безработице.

Если у вас нет дохода, приведите объяснение на дополнительной странице.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

*Не обязательно. В некоторых ситуациях может использоваться для получения более полной картины вашей финансовой ситуации.*

Ежемесячные расходы на ведение домашнего хозяйства:

Аренда / выплаты по ипотеке	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Другие долги / расходы	\$ _____	(алименты на ребенка, займы, лекарства, прочее)	

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИМУЩЕСТВЕ

*Эта информация будет использоваться, если ваш доход превышает 101 % от уровня, установленного федеральными положениями об определении черты бедности.*

Актуальный баланс текущего счета  
\$ \_\_\_\_\_

Актуальный баланс сберегательного счета  
\$ \_\_\_\_\_

У вашей семьи есть перечисленные ниже другие виды имущества?

**Поставьте отметки, если есть**

- Акции     Облигации     План 401К  
 Сберегательные медицинские счета     Тресты  
 Недвижимость (за исключением основного мест жительства)  
 Собственный бизнес

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашей текущей финансовой ситуации, которую вы хотите сообщить, например финансовые трудности, чрезмерные расходы на медицинское обслуживание, сезонный или временный доход или ущерб личному имуществу.

### СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что OHSU Health может проверять информацию — проверять кредитную историю и получать информацию из других источников для оценки права на финансовую помощь или включение в планы оплаты.

Я подтверждаю, что вся изложенная выше информация является точной и достоверной, насколько мне это известно. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация окажется ложной, мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду оплатить их.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_