

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ ДОХОДОМ И НЕЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ВОПРОСЫ, ЗАДАВАЕМЫЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

Как мне узнать, имею ли я право на финансовую помощь при оплате моих больничных счетов?

Данный филиал предлагает программу финансовой помощи пациентам с низким доходом и незастрахованным лицам, отвечающим требованиям участия в программе. Критерии соответствия требованиям дохода на семью вы найдете на обратной стороне данного уведомления.

Если ваш общий семейный доход ниже 400% уровня бедности, установленного федеральными положениями, вы можете претендовать на стопроцентное покрытие вашего счета за пребывание в больнице программой благотворительного медицинского обслуживания.

Для пациентов с низким уровнем доходов, не имеющих медицинской страховки, счета за медицинское обслуживание которых превышают 15% годового семейного дохода, предусмотрена также программа страхования на случай острой или хронической болезни.

Бюро по оказанию деловых услуг начнет рассмотрение права на участие в вышеуказанных программах сразу же по получении заполненных бланков заявления вместе с документами, подтверждающими сумму вашего дохода. В случае несвоевременной подачи заполненного заявления и подтверждающей документации вам может быть отказано в предоставлении благотворительного медицинского обслуживания.

Какова процедура подачи заявления на предоставление финансовой помощи?

Заполните прилагаемую форму и возвратите ее в Бюро по оказанию деловых услуг по следующему адресу:

CPMC Patient Financial Services
PO Box 7999
San Francisco, CA 94120
Phone: 415-600-7280
Fax: 415-600-7105

Для рассмотрения вашего заявления на получение благотворительного медицинского обслуживания вы должны приложить к заявлению документацию, подтверждающую ваши доходы, например, копии налоговых деклараций, расчетные квитанции или справку о зарплате с места вашей работы.

Бюро по оказанию деловых услуг рассмотрит ваше заявление и может в случае необходимости связаться с вами и запросить дополнительную информацию. Если вам требуется помощь при заполнении этой формы, пожалуйста, звоните по телефону 415-600-7280.

Каков процесс уведомления о результатах рассмотрения заявления?

Сразу же по завершении процесса рассмотрения вашего заявления вы получите по почте форму Уведомления о предоставлении финансовой помощи. В этой форме будет указано, что вы имеете право на получение полной или частичной финансовой помощи. Вы можете также получить уведомление о том, что вы не имеете права на получение финансовой помощи или что для принятия окончательного решения требуется дополнительная информация.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ

ИМЯ/ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА _____
 АДРЕС _____
 № СЧЕТА _____

ИМЯ/ФАМИЛИЯ СУПРУГА(-И) _____
 ТЕЛЕФОН _____
 № СОЦ. ОБЕСПЕЧЕНИЯ _____
 (Пациент) (Супруг(-а))

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Перечислить всех иждивенцев

Имя/фамилия	Возраст	Степень родства
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

МЕСТО РАБОТЫ И ХАРАКТЕР ВЫПОЛНЯЕМОЙ РАБОТЫ

Место работы _____ Должность _____
 Фамилия и № тел. контактного лица _____
 Для индивидуальных предпринимателей просьба указать название предприятия _____

Место работы супруга(-и) _____ Должность _____
 Фамилия и № тел. контактного лица _____
 Если занят(-а) собственным делом, указать название предприятия _____

ТЕКУЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

	Пациент	Супруг(-а)
Общая заработная плата (до вычетов)	_____	_____
<i>Добавить:</i> Доход от бизнеса (если занят(-а) собственным делом)	_____	_____
<i>Добавить:</i> Прочий доход:		
Проценты и дивиденды	_____	_____
от недвижимости или личной собственности	_____	_____
Социальное	_____	_____
страхование	_____	_____
Прочее (указать конкретно):	_____	_____
Получаемые алименты или содержание	_____	_____
<i>Вычесть:</i> Выплаченные алименты, сумму содержания	_____	_____
<i>Равняется:</i> Текущий месячный доход	_____	_____
Общий текущий месячный доход	_____	_____
(добавить доход пациента + супруга(-и),		
указанный выше)	_____	_____

РАЗМЕР СЕМЬИ

Общее количество членов семьи (добавить вышеуказанных пациента, супруга(-у) и иждивенцев)

Подписывая настоящую форму, я даю свое согласие на проверку компанией Sutter Health моей кредитной истории на предмет установления моего права на получение скидки при оплате медицинских счетов. Мне известно, что у меня могут потребовать подтверждение достоверности предоставляемой мной информации.

 (Подпись пациента или поручителя)

 (Дата)

Скользкая шкала уровня бедности, установленного федеральными положениями
Положения, установленные на период от 1 июля 2006 г. по 30 июня 2007 г.: Используя данные об общем доходе и размере семьи, полученные при производстве расчета в Приложении А, определите право на получение скидки при оплате медицинских счетов.

Размер семьи	Период	Уровень бедности, установленный федеральными положениями (100%)	Если доход ниже 200% (как показано ниже) уровня бедности, установленного федеральными положениями, пациент имеет право на <i>полное</i> покрытие	Если доход выше 200%, но ниже 400% (как показано ниже) уровня бедности, установленного федеральными положениями, пациент имеет право на <i>частичное</i> покрытие
1	В год	\$9,800	\$19,600	\$39,200
	В месяц	\$817	\$1,634	\$3,268
2	В год	\$13,200	\$26,400	
	В месяц	\$1,100	\$2,200	\$4,400
3	В год	\$16,600	\$33,200	
	В месяц	\$1,384	\$2,768	\$5,536
4	В год	\$20,000	\$40,000	
	В месяц	\$1,667	\$3,334	\$6,668
5	В год	\$23,400	\$46,800	
	В месяц	\$1,950	\$3,900	\$7,800
6	В год	\$26,800	\$53,600	
	В месяц	\$2,234	\$4,468	\$8,936
7	В год	\$30,200	\$60,400	
	В месяц	\$2,517	\$5,034	\$10,068
8	В год	\$33,600	\$67,200	
	В месяц	\$2,800	\$5,600	\$11,200

За каждого дополнительного члена семьи добавить 3 тыс. 400 долл. для годового дохода и 284 долл. для месячного.

Положения, установленные на период от 1 июля 2007 г. по 30 июня 2008 г.

1	В год	10,210	\$20,420	\$40,840
	В месяц	\$851	\$1,702	\$3,403
2	В год	13,690	\$27,380	\$54,760
	В месяц	\$1,141	\$2,282	\$4,563
3	В год	17,170	\$34,340	\$68,680
	В месяц	\$1,431	\$2,862	\$5,723
4	В год	20,650	\$41,300	\$82,600
	В месяц	\$1,721	\$3,442	\$6,883
5	В год	24,130	\$48,260	\$96,520
	В месяц	\$2,011	\$4,022	\$8,043
6	В год	27,610	\$55,220	\$110,440
	В месяц	\$2,301	\$4,602	\$9,203
7	В год	31,090	\$62,180	\$124,360
	В месяц	\$2,591	\$5,182	\$10,363
8	В год	34,570	\$69,140	\$138,280

	В месяц	\$2,881	\$5,762	\$11,523
За каждого дополнительного члена семьи добавить 3 тыс. 480 долл. для годового дохода и 290 долл. для месячного.				