

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)