

## Указания по заполнению заявления на финансовую помощь/благотворительное лечение

Настоящий документ представляет собой заявление на финансовую помощь (называемую также благотворительным лечением) в Онкологическом альянсе Сиэтла (Seattle Cancer Care Alliance, сокращенно SCCA).

**Власти штата Вашингтон обязывают все больницы оказывать финансовую помощь** пациентам и членам их семей, которые соответствуют определенным условиям в отношении дохода. Вы можете иметь право на бесплатное лечение или лечение по сниженным ценам на основании размера семьи и дохода, даже если у вас имеется медицинская страховка. За более подробной информацией обращайтесь в наш Отдел бухгалтерского обслуживания клиентов (Revenue Cycle Customer Service Department) по телефону (206) 606-6226 или бесплатному телефону (800) 304-1763, с понедельника по пятницу, с 7:30 до 16:00 (по Тихоокеанскому времени).

**Что покрывает финансовая помощь?** Больничная финансовая помощь покрывает целесообразные больничные услуги, оказываемые SCCA, в зависимости от вашего права на нее. Финансовая помощь может покрывать не все медицинские расходы, в том числе услуги, оказываемые другими организациями.

**Если у вас возникнут вопросы или вам понадобится помощь в заполнении этого заявления:** Звоните в Отдел бухгалтерского обслуживания клиентов (Revenue Cycle Customer Service Department) альянса SCCA по телефону (206) 606-6226 или бесплатному телефону (800) 304-1763. Вы имеете право на помощь в заполнении заявления по любым причинам, в том числе в случае физических недостатков или слабого знания языка.

### **Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вы обязаны:**

- Указать сведения о вашей семье.**  
Укажите количество членов семьи, проживающих у вас (к членам семьи относятся лица, связанные кровным родством, узами брака, и приемные родственники, проживающие вместе).
- Указать сведения о валовом месячном доходе вашей семьи (доход до налогов и отчислений).**
- Предоставить документацию о доходе семьи и указать ее активы.**
- При необходимости приложить дополнительную информацию.**
- Подписать заявление и поставить дату.**

**Примечание:** Для подачи заявления на финансовую помощь вам не обязательно указывать номер социального страхования. Но если вы укажете свой номер социального страхования, это ускорит обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, напишите "not applicable" ("не применимо") или "NA."

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

SEATTLE CANCER CARE ALLIANCE  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
825 Eastlake Ave E  
MS G1030  
Seattle, WA 98109  
Email: [fincounsel@seattlecca.org](mailto:fincounsel@seattlecca.org)  
Fax: (206) 606-1271

Обязательно оставьте у себя копию.

Мы сообщим вам окончательное решение о вашем праве на финансовую помощь и правах на апелляцию (если применимо) в течение 14 календарных дней после получения полностью заполненного заявления на финансовую помощь, с документацией о доходах.

Подавая заявление на финансовую помощь, вы даете нам разрешение наводить необходимые справки для проверки ваших финансовых обязательств и сведений.

**Мы рады помочь вам. Просим подать заявление своевременно!**

## Заявление на финансовую помощь /благотворительное лечение

*Просим указывать всю информацию полностью. Если пункт к вам не относится, напишите "NA". При необходимости приложите дополнительные страницы.*

### ОТБОРОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Необходим ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> <b>Да</b> <input type="checkbox"/> <b>Нет</b> <i>Если да, укажите язык:</i>
Подавал ли пациент заявление на Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Да</b> <input type="checkbox"/> <b>Нет</b> <i>Подача такого заявления может требоваться до рассмотрения заявления на финансовую помощь.</i>
Пользуется ли пациент предоставляемыми штатом услугами, например, TANF, Basic Food или WIC? <input type="checkbox"/> <b>Да</b> <input type="checkbox"/> <b>Нет</b>
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> <b>Да</b> <input type="checkbox"/> <b>Нет</b>
Связана ли потребность пациента в лечении с автомобильной аварией или травмой на работе? <input type="checkbox"/> <b>Да</b> <input type="checkbox"/> <b>Нет</b>

### ПРОСИМ УЧЕСТЬ:

- Мы не можем гарантировать, что вы получите право на финансовую помощь, даже если вы подадите заявление на нее.
- После того, как вы подадите заявление, мы можем проверить все сведения и попросить дополнительную информацию или документы, подтверждающие доходы.
- В течение 14 календарных дней после получения от вас заполненного заявления и документации мы сообщим вам, имеете ли вы право на помощь.

### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другой (можно указать: _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента*  <small>*см. примечание о номере социального страхования на странице 1.</small>
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения
Номер социального страхования*  <small>*см. примечание о номере социального страхования на странице 1.</small>		
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета <input type="checkbox"/> <b>Работает</b> (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> <b>Не работает</b> (как долго не работает: _____) <input type="checkbox"/> <b>Частный предприниматель</b> <input type="checkbox"/> <b>Учащийся</b> <input type="checkbox"/> <b>Инвалид</b> <input type="checkbox"/> <b>Пенсионер</b> <input type="checkbox"/> <b>Другое</b> (_____)		
Почтовый адрес  _____	Постоянный адрес (если отличается от почтового)  _____	
Город                      Штат                      Почтовый индекс  _____	Город                      Штат                      Почтовый индекс  _____	
Страна	Страна	
Контактная информация Адрес электронной почты: _____ Основные контактные телефоны: <b>Домашний</b> ( ) _____ <b>Мобильный</b> ( ) _____ <b>Рабочий</b> ( ) _____		

### Сведения о постоянном месте жительства

Финансовая помощь предоставляется только постоянным жителям штата Вашингтон (по определению в правилах SCCA), но лица, не являющиеся таковыми, могут иметь право на другие программы или финансовую поддержку.

Сколько времени вы живете в штате Вашингтон? \_\_\_\_\_

Сколько времени вы планируете жить в штате Вашингтон? \_\_\_\_\_

Если вы живете в штате Вашингтон меньше 1 года, по какой причине вы приехали в этот штат?

---



---



---



---

### СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Укажите количество членов семьи, проживающих у вас, считая вас. К членам семьи относятся лица, связанные кровным родством, узами брака, и приемные родственники, проживающие вместе.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

*При необходимости приложите дополнительную страницу*

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если достиг(ла) 18 лет: Место работы или источник дохода	Если достиг(ла) 18 лет: Общий валовой месячный доход (до налогов):	Подает ли заявление на финансовую помощь тоже?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

**Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. К источникам дохода относятся, например:**

- Заработная плата
- Пособие по безработице
- Доходы от частного предпринимательства
- Компенсация при травме на работе
- Пособие по инвалидности
- Доход от социального страхования
- Алименты
- Программы работы и учебы (студентов)
- Пенсия
- Начисления с пенсионных счетов
- Другие (укажите, какие: \_\_\_\_\_)

### СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** Вы обязаны приложить к заявлению документы, подтверждающие доходы.

**Вы обязаны указать доход членов семьи, перечисленных выше. Для определения права на финансовую помощь необходима проверка доходов.**

**Все члены семьи, достигшие 18-летнего возраста, обязаны указать свой доход. Если невозможно приложить документацию, можно приложить письменное указание доходов с подписью. Приложите подтверждающие документы по каждому указанному источнику дохода.**

**Примеры документов, подтверждающих доход:**

- Формуляр W-2 о налоговых вычетах; или
- Текущие корешки чеков заработной платы (за 3 месяца); или
- Декларация о подоходном налоге за прошлый год, в том числе таблицы, если применимо; или
- Подписанные справки в письменном виде от работодателей или других лиц; или
- Извещение о предоставлении/непредоставлении права на Medicaid и/или пособия на медобслуживание от властей штата; или
- Извещение о предоставлении/непредоставлении права на пособие по безработице.

Если у вас нет документов, подтверждающих доход или отсутствие дохода, приложите дополнительную страницу с пояснением.

### СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ

*Мы используем эту информацию для уточнения вашего материального положения.*

**Месячные расходы семьи:**

Аренда жилья/ипотека \$ _____	Медицинские расходы \$ _____
Страховые взносы \$ _____	Коммунальные услуги \$ _____
Прочие задолженности/расходы \$ _____ (алименты, кредиты, лекарства, прочее)	

### СВЕДЕНИЯ ОБ АКТИВАХ

*Эта информация может использоваться, если ваш доход превышает 300% Федеральных показателей бедности.*

Текущий остаток на чековом счету:  
\$ \_\_\_\_\_

Текущий остаток на сберегательном счету:  
\$ \_\_\_\_\_

Имеются ли у вашей семьи нижеуказанные прочие активы?  
**Отметьте все, что применимо, и приложите подтверждающую документацию.**

Акции    Облигации    401K    Медицинский(е) сберегательный(е) счет(а)    Траст(ы)

Недвижимость (кроме основного жилья)    Свой бизнес

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Приложите дополнительную страницу, если вы желаете сообщить нам еще какую-либо информацию о вашем нынешнем материальном положении: например, финансовые затруднения, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные материальные потери.

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Мне понятно, что SCCA имеет право проверять информацию путем изучения кредитной информации и получения сведений из других источников в целях определения права на финансовую помощь или на планы оплаты.

Я заявляю, что указанная выше информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Мне понятно, что если предоставленная мною финансовая информация будет признана недостоверной, то в финансовой помощи может быть отказано, и я могу быть обязан(а) самостоятельно оплатить оказанные услуги.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата