

Инструкции по заполнению формы заявления на получение финансовой помощи

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

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. Fred Hutchinson Cancer Center предоставляет финансовую помощь со 100%-й скидкой любому пациенту / поручителю, общий семейный доход которого не превышает 300 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL). Для дат после 1 июля 2022 г. в Fred Hutchinson Cancer Center действуют такие пороговые значения:

- при 301–350 % от FPL предоставляется скидка в 75 %, а 25 % оплачивает пациент;
- при 351–400 % от FPL предоставляется скидка в 50 %, а 50 % оплачивает пациент.

Для получения дополнительной информации свяжитесь с нашим представителем по работе со счетами пациентов по номеру телефона (206) 606-6226 или по бесплатному номеру (800) 304-1763 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 Fred Hutchinson Cancer Center, в зависимости от вашего соответствия критериям. Финансовая помощь может не покрывать полностью все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении этого заявления, свяжитесь с нашим представителем по работе со счетами пациентов по номеру телефона (206) 606-6226 или по бесплатному номеру (800) 304-1763. Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая услуги для людей с инвалидностью и языковую помощь.

Для того чтобы ваше заявление было обработано, вы должны

- Предоставить нам информацию о вашей семье**
Укажите количество членов семьи в вашем домохозяйстве (к семье 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. Номера социального обеспечения используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального обеспечения, поставьте отметку в соответствующем поле «Неприменимо» или “NA”.

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@seattlecca.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 финансовой помощи и правах на обжалование, если применимо, в течение 14 календарных дней после получения вашего полного заявления 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. Подавайте заявление своевременно!

Вы можете получать счета за услуги, пока ваше заявление находится на рассмотрении. Fred Hutchinson Cancer Center и UW Medicine могут обмениваться информацией, если это необходимо, чтобы помочь пациентам, обращающимся за медицинским обслуживанием в оба учреждения (в течение 90 дней после заполнения заявления). Период утверждения заявления может различаться для каждого из учреждений.

Форма заявления на получение финансовой помощи

Просьба указать все данные полностью. Если что-то к вам не относится, укажите «Не применимо» (“NA”).
 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 Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Может потребоваться подать заявление до рассмотрения вопроса о предоставлении финансовой помощи</i>
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
<ul style="list-style-type: none"> 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 получения вашего заполненного заявления и документации к нему.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ			
Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Дата рождения	Номер социального обеспечения пациента* <small>* См. примечание на стр. 1 относительно номера социального обеспечения.</small>	
Лицо, ответственное за оплату счета	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального обеспечения* <small>* См. примечание на стр. 1 относительно номера социального обеспечения.</small>
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	Постоянный адрес (если отличается от почтового адреса)		
_____ _____	_____ _____		
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Страна _____	Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Страна _____		
Контактные данные Адрес электронной почты: _____ Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона: Домашний () _____ Мобильный () _____ Рабочий () _____			

Информация о месте жительства

В соответствии с нашей политикой финансовая помощь предоставляется только постоянным жителям штата Вашингтон, но лица, не являющиеся постоянными жителями штата, могут иметь право на участие в других программах или на финансовую поддержку.

Как долго вы живете в штате Вашингтон? _____

Как долго вы планируете жить в штате Вашингтон? _____

Если вы прожили в штате Вашингтон менее 1 года, по какой причине вы приехали в штат?

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая вас. «Семья» включает людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые проживают совместно.

КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ _____

Приложите дополнительные страницы, если потребуется.

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если лицу 18 лет или старше: Название работодателя (ей) или источник дохода	Если лицу 18 лет или старше: 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

Доходы всех взрослых членов семьи должны быть раскрыты. К источникам дохода относятся, например:

- 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. К заявлению необходимо приложить подтверждение дохода.

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

Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны раскрыть информацию о своем доходе. Если вы не можете предоставить документацию, разрешено подать письменное подписанное заявление с описанием вашего дохода.

Просим предоставить подтверждение каждого указанного источника дохода.

К примерам подтверждения источника дохода относятся:

- выписка об удержании налога по форме «W-2»; или
- текущие квитанции о начислении заработной платы (за 3 месяца); или
- декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая таблицы, если применимо; или
- письменные подписанные справки от работодателей или других лиц; или
- решение о соответствии/несоответствии критериям получения страховки по программе Medicaid и (или) финансируемой штатом медицинской помощи; или
- решение о соответствии/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 домохозяйства:

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

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

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

Текущий баланс расчетного счета
\$ _____

Текущий баланс сберегательного счета
\$ _____

Есть ли у вашей семьи следующие прочие активы?

Отметьте все, что применимо, и предоставьте подтверждающую документацию

- Акции Облигации Накопительный пенсионный счет 401K
 Медицинский сберегательный счет (-а) Траст (-ы)
 Недвижимость (за исключением основного места жительства)
 Собственный бизнес

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 или личная утрата.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

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

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

Подпись лица, подающего заявление

Дата