

Дополнительные инструкции по подаче заявления на получение финансовой помощи в MyChart

Это заявление на получение финансовой помощи в Fred Hutchinson Cancer Center. Это дополнительная версия заявления для подачи в MyChart. Используйте данную форму, ТОЛЬКО если вы подаете заявление в своей учетной записи в MyChart. Отправьте форму через модуль MyChart. Если вам нужно заполнить все заявление, перейдите на наш веб-сайт по адресу seattlecca.org/financialassistance, чтобы загрузить полную версию заявления. Вы также можете запросить форму заявления или информацию в учреждении, куда вы обращаетесь за медицинской помощью.

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. Мы предоставляем 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. 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 требованиям. 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.

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 в соответствующем поле отметку «Неприменимо» или “NA”.

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. Подайте 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.

Дополнительная форма заявления на получение финансовой помощи для подачи в MyChart

Это дополнительная версия заявления для подачи в MyChart. Используйте данную форму, ТОЛЬКО если вы подаете заявление в своей учетной записи в MyChart. Отправьте форму через модуль MyChart. Если вам нужно заполнить все заявление, перейдите на наш веб-сайт, чтобы загрузить полную версию заявления.

seattlecca.org/financialassistance. Вы также можете запросить форму заявления или информацию в учреждении, куда вы обращаетесь за медицинской помощью.

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 Может потребоваться подать заявление до рассмотрения вопроса о предоставлении финансовой помощи
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

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	Отчество пациента Дата рождения	Фамилия пациента Номер социального обеспечения пациента* <small>* См. примечание на стр. 1 относительно номера социального обеспечения.</small>
Контактные данные Адрес электронной почты: _____ Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона: Домашний () _____ Мобильный () _____ Рабочий () _____		

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

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

КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ _____ **ЛИЦА НА ИЖДИВЕНИИ** _____

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 _____)