

## ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

### ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ

- Программа финансовой помощи состоит в предоставлении пациентам, которые соответствуют установленным критериям, скидок на покрываемые программой медицинские услуги.
- Заполните, датированное и подпишите заявление на финансовую помощь, приложите необходимые документы, подтверждающие доходы, отправьте бумаги по факсу либо привезите в клинику, где оказываются/будут оказываться услуги.
- Ваше заполненное заявление будет рассмотрено, и по итогам рассмотрения будет предоставлена скидка вплоть до 100% суммы к оплате (исключая любые применимые доплаты).
  - Доплаты в рамках программы финансовой помощи не подпадают под действие скидок и установлены в следующих размерах:
    - Амбулаторное лечение/диагностическое обследование \_\_\_\_\_ \$ 5,00
    - Дорогостоящее диагностическое обследование/срочный медицинский уход \_\_\_\_\_ \$ 25,00
    - Амбулаторная операция/уход в отделении неотложной помощи или госпитализация \_\_\_\_\_ \$ 50,00
  - **Примечание. Доплаты от пациентов при посещении врачей в клинике не применяются**
- Если вы не соответствуете критериям программы финансовой помощи и не застрахованы, вы автоматически получите скидку для незастрахованных пациентов на все покрываемые медицинские услуги (кроме косметических и необязательных услуг).

### ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ

Для получения помощи в рамках программы финансовой помощи вам может потребоваться представить все или некоторые из указанных ниже документов:

- копия налоговой декларации за прошлый год;
- копии текущих зарплатных выписок, если есть;
- дополнительные документы, подтверждающие доход из других источников. Некоторые примеры: детское пособие, алименты, пособие по нетрудоспособности в связи с производственной травмой, социальная помощь, доход самозанятого лица, пособие по безработице и т. д.
- В заявлении должны быть указаны доходы всей семьи и все члены домохозяйства с подтверждением места проживания и источников дохода.
- Если при рассмотрении вашего заявления выяснится, что вы имеете право воспользоваться другим источником финансирования, вам может потребоваться заполнить заявление в другую программу, и лишь после этого будет рассмотрена возможность вашего участия в нашей программе финансовой помощи. Например: заявка на получение помощи Medicaid, выплаты от незастрахованных автомобилистов и т. д.

**Обратите внимание!** Отказ сотрудничать и претендовать на помощь в других программах (т. е. Medicaid, программы инвалидности, требования возмещения личного ущерба, пособие по нетрудоспособности в связи с производственной травмой, выплаты от незастрахованных автомобилистов и пр.) может повлечь отказ в праве воспользоваться данной программой финансовой помощи.

### ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА:

- Большинство доплат, франшиз и видов совместного страхования.
- Личные расходы, такие как оплата телефона и телевидения.
- Услуги, не являющиеся необходимыми по медицинским показаниям, включая необязательные процедуры, косметические процедуры и лечение бесплодия.
- Услуги, покрываемые страхованием в другой медицинской сети.

### ПОМОЩЬ

Если у вас есть вопросы в отношении программы финансовой помощи, вам требуется помощь в заполнении заявления или нужен точный почтовый адрес для подачи заполненного заявления, см. информацию ниже:

Организация/система здравоохранения, где предоставляются или будут предоставлены услуги	Финансовый консультант	Обслуживание клиентов	Факс финансового консультанта	Почтовый адрес для отправки заполненных заявлений:
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept. One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan – Saginaw	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept. 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan – Standish Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept. 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System – Tawas	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Financial Counseling Dept. 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Врачи Ascension Medical Group Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C – Financial Assistance Dept. 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group Physicians St. Mary's, Standish and St. Joseph's Health System Providers	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C – Financial Assistance Dept. 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

Если вы отправляете финансовую информацию или другие данные для определения права использования программы финансовой помощи, обязательно укажите имя, дату рождения и номер счета (если применимо) пациента в правом верхнем углу каждой страницы, отправляемой по факсу.

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

				<b>Номер счета</b>	
<b>Имя пациента:</b>	<b>Дата рождения</b>	<b>Семейное положение</b>	<b>Пол</b>		<b>Телефон</b>
<b>Адрес:</b>	<b>Город</b>	<b>Штат</b>	<b>Индекс</b>	<b>Эл. почта</b>	
<b>Номер социального страхования:</b>	<b>Работодатель</b>	<b>Полная занятость</b> <b>Неполная занятость</b>		<b>Кол-во часов в неделю</b>	
<b>Адрес работодателя:</b>	<b>Город</b>	<b>Штат</b>	<b>Индекс</b>	<b>Телефон</b>	

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЕ

<b>Имя</b> Как выше	<b>Дата рождения</b>	<b>Семейное положение</b>	<b>Пол</b>		<b>Телефон</b>
<b>Адрес</b>	<b>Штат</b>	<b>Индекс</b>	<b>Эл. почта</b>		
<b>Номер социального страхования</b>	<b>Работодатель</b>	<b>Полная занятость</b> <b>Неполная занятость</b>		<b>Кол-во часов в неделю</b>	
<b>Адрес работодателя</b>	<b>Город</b>	<b>Штат</b>	<b>Индекс</b>		<b>Телефон</b>

### ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ

<b>Имя супруга/супруги</b>		<b>Номер социального страхования</b>	<b>Дата рождения</b>
<b>Работодатель супруга/супруги</b>	<b>Адрес:</b>	<b>Город</b>	<b>Индекс</b>
			<b>Телефон</b>

### ЗАВИСИМЫЕ ЛИЦА:

<b>Имя</b>	<b>Возраст</b>	<b>Отношение</b>	<b>Имя</b>	<b>Возраст</b>	<b>Отношение</b>



**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД БРУТТО**

Трудовой доход заявителя	_____
Доход супруга/супруги заявителя	_____
Социальное пособие	_____
Пенсия	_____
Пособие по безработице	_____
Пособие по нетрудоспособности	_____
Доход в виде процентов/дивидендов	_____
Детское пособие	_____
Алименты	_____
Сдача недвижимости в аренду	_____
Продовольственные талоны	_____
Прочее	_____
Прочее	_____
<b>ОБЩИЙ ДОХОД БРУТТО:</b>	<b>\$ _____</b>

**АКТИВЫ**

Наличные	_____
Сберегательный счет	_____
Расчетный счет	_____
Депозиты	_____
Ценные бумаги	_____
Страхование жизни	_____
Прочая недвижимость	_____
Прочее	_____
<b>Транспортное средство/марка и модель</b>	<b>_____</b>
<b>Год выпуска</b>	<b>_____</b>
<b>Стоимость</b>	<b>_____</b>
<b>Финансовые расчеты:</b>	
Страхование жизни	_____
Наследство	_____
Прочее	_____
<b>ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ АКТИВОВ:</b>	<b>\$ _____</b>

**КОММЕНТАРИИ:**

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ**

	Оплата	Остаток
Ипотека/аренда	_____	_____
Электричество	_____	_____
Бензин	_____	_____
Телефон	_____	_____
Вода	_____	_____
Продукты питания	_____	_____
Кабельное телевидение	_____	_____
Платежи за автомобиль	_____	_____
Мобильный телефон	_____	_____
Детский сад	_____	_____
Детское пособие/алименты	_____	_____
Рецептурные лекарства	_____	_____
<b>Кредитные карты:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>Другой врач/ Больничные счета:</b>		
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<b>Расходы на страхование:</b>		
1. Автомобиль	_____	_____
2. Имущество	_____	_____
3. Медицинское страхование/страхование жизни	_____	_____
<b>Другие кредитные платежи:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
<b>Другие ежемесячные платежи:</b>		
Страхование по закону «Об урегулировании бюджета» (COBRA)	_____	_____
Страхование жизни	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>ОБЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

Настоящим подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и полной. Настоящим я разрешаю больнице при необходимости получать информацию в сторонних бюро кредитных историй.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента, супруга/супруги, поручителя или законного представителя \_\_\_\_\_



**Заполняется только администратором программы финансовой помощи**

Подтверждение доходов/исчислений/расходов	
Общий подтвержденный доход (все источники)	
Всего подтвержденных исчислений	
Общие подтвержденные расходы	

Метод определения применимости программы F.A.P. (обведите все применимые варианты)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Проверка имущественного положения
<input checked="" type="checkbox"/>	Компьютерный анализ – тип:
<input checked="" type="checkbox"/>	Скользкая шкала

Другие критерии для F.A.P.	

Решение о соответствии критериям F.A.P./статус	
<input type="checkbox"/> Утверждено	Скидка %:
<input type="checkbox"/> Отложено	Причина:
<input type="checkbox"/> Отклонено	Причина:
<b>Проведение проверки и вынесение решения: Имя, фамилия:</b>	
<b>Телефон:</b>	

Уведомление о решении	
Дата уведомления заявителя:	
Метод уведомления заявителя о решении	
<input type="checkbox"/>	Уведомление по телефону — имя человека, который получил уведомление:
<input type="checkbox"/>	Уведомление по почте (копия письма сохраняется в досье)
<input type="checkbox"/>	Уведомление другим способом: Описание:
<b>Кем произведено уведомление: Имя, фамилия:</b>	
<b>Телефон:</b>	

Обработка счета F.A.P.			
Номер счета	Счет обработан/скорректирован	Номер счета	Счет обработан/скорректирован
<b>Дата:</b>	<b>Кем обработан/скорректирован: Имя, фамилия:</b>		<b>Телефон:</b>