



1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦЫ PROVIDENCE

ИНСТРУКЦИИ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Если вы хотите подать заявление на участие в программе финансовой помощи больницы Providence, пожалуйста, заполните и пришлите нам прилагаемую форму Заявления. Если у вас возникли вопросы, сотрудники больницы Providence ответят на них и помогут вам заполнить это Заявление.

Заполненное вами Заявление будет рассмотрено, чтобы определить ваше право на получение скидки на основании совокупного дохода вашей семьи и числа членов семьи, находящихся на иждивении. При соответствии требованиям программы скидка предоставляется в размере от 70 % до 100 %. Если вы не отвечаете требованиям этой программы, вы автоматически получите скидку в размере 65 % на предоставленные вам медицинские услуги, непокрываемые страховкой.

ПРАВОМОЧНОСТЬ

Чтобы получить право на финансовую помощь, примите во внимание следующее:

- Может потребоваться Заявление на участие в федеральной или местной программе или в программе штата, предоставляющей финансовую помощь.
- **Подтверждение совокупного дохода семьи является обязательным. Пожалуйста, предоставьте подтверждение совокупного дохода семьи. (Копия налоговой декларации и/или последние квитанции о начислении зарплаты) Если вы не имеете дохода, представьте разъяснение, каким образом вы получаете финансовую поддержку.**
- Также необходимо указать другие источники доходов, к ним относятся: пособия на ребенка, алименты, компенсационные выплаты рабочим, программы социального обеспечения, доходы от индивидуальной предпринимательской деятельности и пособие по безработице.

Финансовая помощь не предоставляется на:

- Предметы личного пользования, например, оплату за использование телевизора.
- Услуги, которые не являются необходимыми по медицинским показаниям, в частности, такие как косметические процедуры и лечение бесплодия.
- Услуги, покрываемые страховкой в другой сети медицинских учреждений.
- Безрецептурные фармацевтические средства.

Решение о праве на финансовую помощь будет вынесено только в отношении конкретного случая оказания медицинской помощи, в связи с которым было подано это Заявление.

Пришлите заявление по адресу: Providence Hospital
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

Пришлите это заявление по факсу: (202) 281-3143

По вопросам, связанным с этим заявлением, обращайтесь по телефону: (202) 854-4081



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)					Счет №.	
Фамилия, имя пациента:	Дата рождения	Семейное положение	Пол			Номер телефона
Адрес:	Город	Штат	Индекс	Адрес эл. почты		
Номер соц. страхования:	Работодатель		Полная ставка Неполная ставка		Сколько часов в неделю	
Адрес работодателя:	Город	Штат	Индекс	Номер телефона		

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОМ ЛИЦЕ

Фамилия, имя То же, что и выше	Дата рождения	Семейное положение	Пол		Номер телефона
Адрес	Штат	Индекс	Адрес эл. почты		
Номер соц. страхования:	Работодатель		Полная ставка Неполная ставка		Сколько часов в неделю
Адрес работодателя:	Город	Штат	Индекс	Номер телефона	

СВЕДЕНИЯ О СУПРУГЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА

Фамилия, имя супруги/супруга		Номер соц. страхования	Дата рождения
Работодатель супруги/супруга:	Адрес	Адрес	Номер телефона

ЛИЦА НА ИЖДИВЕНИИ:

Фамилия, имя	Возраст	Кем приходится	Фамилия, имя	Возраст	Кем приходится

СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

Заработанный доход заявителя	_____
Доход супруги/супруга заявителя	_____
Социальные выплаты	_____
Пенсионные выплаты	_____
Пособие по безработице	_____
Компенсационные выплаты рабочим	_____
Доходы от дивидендов/проценты	_____
Пособие на ребенка	_____
Алименты	_____
Доход от сдачи недвижимости	_____
Продовольственные талоны	_____
Другое	_____
Другое	_____
ИТОГОВЫЙ СОВОКУПНЫЙ ДОХОД:	_____

АКТИВЫ

Наличные	_____
Сберегательный счет	_____
Чековый счет	_____
Депозитные сертификаты	_____
Ценные бумаги	_____
Страхование жизни	_____
Другая недвижимость	_____
Другое	_____
Транспортное ср-во / марка и модель:	
Год	Стоимость
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Финансовые возмещения и расчеты:	
Страхование жизни	_____
Наследство	_____
Другое	_____
ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ АКТИВОВ:	_____

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ
Сумма оплаты **Баланс**

Ипотека/аренда жилья	_____	_____
Электричество	_____	_____
Газ	_____	_____
Телефон	_____	_____
Вода	_____	_____
Продукты питания	_____	_____
Кабельное ТВ	_____	_____
Выплаты за машину	_____	_____
Мобильный телефон	_____	_____
Детский сад/ясли	_____	_____
Пособие на ребенка/алименты	_____	_____
Рецептурные препараты	_____	_____
Кредитные карты:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
Другие счета от врачей / больниц:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Выплаты за страхование:		
1. Автомобиль	_____	_____
2. Имущество	_____	_____
3. Медицинское / жизни	_____	_____
Другие платежи по кредитам:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
Другие ежемесячные платежи:		
СОВРА	_____	_____
Страхование жизни	_____	_____
3. _____	_____	_____
ОБЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ:	_____	_____

КОММЕНТАРИИ:

Настоящим я подтверждаю, что, насколько мне это известно, вся указанная выше информация является достоверной и исчерпывающей. Настоящим я разрешаю больнице получить из внешних бюро кредитных историй любую информацию, которая требуется больнице.

Дата

Подпись пациента, супруги/супруга, поручителя или законного представителя

PROVIDENCE HOSPITAL
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Моя подпись на этой форме подтверждает, что по имеющимся у меня сведениям вся приведенная в этом заявлении информация является достоверной и что мной сообщены все факты, касающиеся моих финансов. Я понимаю и признаю, что предоставление в этом Заявлении любой недостоверной информации о моих финансах или отказ сотрудничать по вопросам, связанным с определением моего права на участие в программах, которые могут помочь мне с оплатой моих медицинских счетов (например, Medicaid, страховая претензия в связи с нанесением вреда здоровью, компенсация рабочим), могут аннулировать решение о предоставлении финансовой помощи и я буду нести личную финансовую ответственность за оплату предоставленных мне услуг. Я разрешаю больнице Providence или ее представителям запрашивать и проверять мою кредитную историю и принимать другие разумные меры по проверке всей предоставленной информации.

Я понимаю, что если мне будет предоставлено право на получение частичной финансовой помощи, то я буду нести ответственность за оплату оставшейся суммы счета.

Совокупный доход (до выплаты налогов, вычетов и удержаний)

Мой общий годовой доход семьи (сложите суммы в столбцах годовых доходов Пациента и Супруги/Супруга, указанные на обратной стороне, и укажите общую сумму ниже):

Разъяснение при отсутствии доходов

Кратко опишите ваше финансовое/материальное положение и укажите, почему вам нужна помощь с оплатой медицинских счетов.

Подпишите ниже:

Пациент/Опекун

(Дата)