



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E.)

Уважаемый пациент/заявитель,

Ascension проявляет соучастие и ставит своей целью предоставление персонализированной помощи всем, и особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и долг — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за то, что вы доверили нам заботу о вас и вашей семье в отношении всех ваших потребностей в медицинском обслуживании.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не просили об этом, пожалуйста, не обращайтесь на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните обе его стороны, поставьте свою подпись и дату. Если вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и вам была одобрена финансовая помощь, пожалуйста, сообщите нам об этом. Возможно, вам не потребуется заполнять новое заявление. Мы не рассматриваем предыдущие заявления, поданные более чем шесть месяцев назад.

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг или партнер также должны будут предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов) или подтверждение того, что вы ее не заполняли ([www.irs.gov/form 4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора» и приложите копию их документа с фото. Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду, что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем незаполненные заявления.

Помните, что связь по электронной почте через Интернет не является защищенной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее сохранность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать, заполнить заявление и передать его лично или по почте на один из следующих адресов:

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE
HOPE PROGRAM
1 SHIRCLIFF WAY
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE
HOPE PROGRAM
4201 BELFORT RD
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAYCOUNTY
HOPE PROGRAM
1670 ST. VINCENT'S WAY
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS
HOPE PROGRAM
205 TRINITY WAY
ST. JOHNS FL 32259**

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, позвоните специалисту по работе с пациентами по номеру (904) 308-1956.

С уважением,

Специалист отдела
Финансовых услуг для
пациентов Ascension St.
Vincent's

Программа Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Дополнительные вопросы по программе финансовой помощи

У вас есть медицинская страховка?	Д Н	Название страховой компании и идентификационный номер члена _
Ваш возраст от 21 года до 65 лет?	Д Н	<input type="checkbox"/> Моложе 21 <input type="checkbox"/> Старше 65
С вами проживают несовершеннолетние дети?	Д Н	
Вы беременны?	Д Н	
Признаны ли вы службой социального обеспечения нетрудоспособным или ваше дело о нетрудоспособности находится на рассмотрении?	Д Н	<input type="checkbox"/> нетрудоспособный <input type="checkbox"/> в стадии рассмотрения: когда вы подали заявку?
Ваш статус гражданства США? <i>Обратите внимание: этот вопрос задается, чтобы определить право участия в программе Medicaid по оказанию неотложной помощи</i>	Д Н	<input type="checkbox"/> гражданин США <input type="checkbox"/> беженец <input type="checkbox"/> грин-карта <input type="checkbox"/> ВИЗА (рабочая или туристическая)

Укажите причины подачи заявления на финансовую помощь/в программу HOPE

- У меня есть счета для оплаты услуг отделения неотложной помощи / лечения на стационаре / планового лечения (обведите один или несколько ответов)
- Другое (поясните кратко) _____

Срок рассмотрения заявления

- Может занять до 45 дней, но наши финансовые консультанты прилагают максимальные усилия для скорейшего рассмотрения вашего заявления.
- Чтобы исключить задержки в рассмотрении заявления и помочь финансовым консультантам, убедитесь, что вы полностью заполнили и подписали заявление, а также предоставили все необходимые документы.



Программа Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Подробные инструкции по заполнению Заявления на получение
финансовой помощи

- Форма Заявления на получение финансовой помощи
Заполните все требуемые поля, подпишите и поставьте дату
- Вопросы по программе финансовой помощи
Обведите ответ Да или Нет и предоставьте дополнительную информацию, если необходимо
- Письмо-разрешение
Заполните, если это применимо в вашем случае
- ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТАТУСА БЕЗДОМНОГО
Полностью заполните, если это применимо в вашем случае
- Разрешение на разглашение финансовой информации, форма 2613 (только резиденты Флориды)
Эта форма будет использована DCF (Департамент по делам детей и семьи) с целью определения права на Medicaid, при вынесении решения и, если вы имеете право на участие.
Заявление должно быть подписано пациентом и супругом/супругой, если применимо.
- Назначение официального представителя, форма 2505 (только резиденты Флориды) Подпишите и поставьте дату на строке клиента
Эта форма будет использована с целью определения права на Medicaid и при вынесении решения. Это позволит нам заполнить ваше заявление на Medicaid и контролировать ваше дело Medicaid. Не указывайте имя представителя.
- Приложение С (только резиденты Джорджии)
Укажите свое имя в графе 10, а дату - в графе 11.
- Разрешение R1 представлять интересы
Пациента Поставьте дату и подпись.
- Разрешение R1 обсуждать страховое покрытие лечения
Заполните требуемую информацию, если это применимо к вам.

Форма Заявления на получение финансовой помощи



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Сведения о пациенте

(Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если это не применимо, в каждой отдельной строке заявления)

Дата _____ Номер пациента _____
ФИО (имя и фамилия) _____
Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____
Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____
Номер социального страхования (необязательно) _____
Работодатель _____ Сведения о занятости _____
Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

(Если указанный выше пациент является ответственным лицом, не заполняйте этот раздел).

ФИО (имя и фамилия) _____
Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____
Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____
Номер социального страхования (необязательно) _____
Работодатель _____ Сведения о занятости _____
Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Информация о супруге ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

ФИО (имя и фамилия) _____
Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____
Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____
Номер социального страхования (необязательно) _____
Работодатель _____ Сведения о занятости _____
Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Зависимые лица ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____
Количество взрослых и детей, проживающих в домашнем хозяйстве _____

Ежемесячный доход

(Заполните суммы в долларах в каждом следующем пункте. Укажите сумму в месяц в каждом пункте).

Полученный заявителем доход _____
Доход супруга(-и) заявителя _____
Пособия по социальному обеспечению _____
Пенсия / пенсионный доход _____
Пособие по инвалидности _____
Пособие по безработице _____
Компенсация работнику _____
Доход по процентам / дивидендам _____

Полученное пособие на ребенка _____
Полученные алименты _____
Доход от сдачи в аренду недвижимости _____
Продовольственные талоны _____
Полученные дивиденды целевого фонда _____
Другие доходы _____
Другие доходы _____
Общий валовой ежемесячный доход, долл. США _____

Ежемесячные расходы на проживание

Ипотека / аренда _____
Коммунальные услуги _____
Телефон (стационарный) _____
Сотовый телефон _____
Продовольственные товары / продукты питания _____
Кабельное ТВ / Интернет / Спутниковое телевидение _____
Платеж за автомобиль _____
Уход за ребенком _____

Пособие на ребенка / алименты _____
Кредитные карты _____
Счета за услуги врача / больницы _____
Страхование автомобиля / транспортных средств _____
Страхование дома / имущества _____
Медицинское страхование / Страхование от болезней _____
Страхование жизни _____
Прочие ежемесячные расходы _____
Всего ежемесячных расходов, долл. США _____

Активы

Наличные / сбережения / текущие счета _____
Акции / облигации / инвестиции / депозитные сертификаты _____
Другая недвижимость / второе жилье _____
Лодка / внедорожник / мотоцикл / транспортное средство для отдыха _____
Коллекционные автомобили / автомобили не первой необходимости _____
Прочие активы _____

Настоящим подтверждаю, что указанные выше сведения являются достоверными и полными. Настоящим уполномочиваю больницу при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Комментарии _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Письмо-разрешение

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Правоотношение к пациенту / заявителю _____

Адрес спонсора _____

К сведению Ascension:

Настоящим письмом подтверждаю, что (имя пациента) _____ получает мало или совсем не имеет дохода, и я помогаю оплачивать его/ее расходы на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной.

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора _____

Дата _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТАТУСА БЕЗДОМНОГО

ФИО пациента: _____ Дата рождения: ____

Последние 4 цифры номера соц. страхования (SSN): _____ SSN проверен (да/нет): ____

На данный момент я являюсь бездомным и мне разрешено получать письма по следующему адресу:

Я получаю продовольственные талоны на сумму _____ долл. США в месяц.

Я - безработный, которые не получал доход за последние ____ месяцев.

ПАЦИЕНТ

Настоящим я подтверждаю, что мой ответ на соответствующее предыдущее утверждение является правдивым, полным и точным. Подписывая эту Форму подтверждения, вы констатируете, что прочитали эту Форму подтверждения или что она была прочитана вам, и вы заверили ее действительной и легальной подписью.

Подпись пациента Дата Номер телефона

Собственник жилья/арендатор

Обеспечьте заполнение этого раздела собственником жилья/арендатором, где вам позволено получать почту:

Я _____ подтверждаю, что _____ на данный момент является безработным(-ой) и ему/ей разрешено получать почту на мой домашний адрес, который указан выше.

Подпись резидента Дата Номер телефона



Штат Флорида
Estado De La Florida

Департамент по делам детей и семьи
Departamento de Niños y Familias

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ
ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**
Autorización Para Informe Económico

Дата (*Fecha*): _____

Номер дела или номер ACCESS
(*Numero del Caso o Numero de ACCESS*)

В компетентные органы:
(*A Quien Pueda Interesar*):

Настоящим я даю разрешение и уполномочиваю любой банк, строительное общество, работодателя, страховую компанию, агентство по недвижимости, государственный орган или любое финансовое учреждение разглашать любому агенту Департамента по делам детей и семьи полную информацию о моих банковских счетах, заработках, страховых полисах, имуществе или льготах за период, указанный ниже.

(Par la presente autorizo a cualquier banco, compañía de construcción, compañía de seguros, compañía de bienes raíces, agencia de gobierno o institución financiera que a sí lo solicite, a suministrar información sobre mis cuentas bancarias, ingresos, pólizas de seguro, propiedades o beneficios, por el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)

Это разрешение действительно с _____ по _____

(Esta autorización es válida desde _____ hasta _____.)

Подпись(-и): _____
(*Firma(s)*)

Имя пациента: _____
(*Nombre(s) en la Cuenta*)

Подпись специалиста ESS

Дата



Разъяснено

НАЗНАЧЕНИЕ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя клиента

Номер дела

Заполняется клиентом

Я хотел(-а) бы, чтобы _____ действовал(-а) от моего имени в определении моего

Имя представителя

права на государственную помощь от Департамента по делам детей и семьи.

Подпись Клиента

Дата

Заполняется представителем

Я понимаю, что, принимая это назначение, я несу ответственность за предоставление или содействие в предоставлении информации, необходимой для определения права этого человека на помощь. Я понимаю, что меня могут привлечь к ответственности за лжесвидетельство и/или мошенничество, если я не предоставлю информацию или намеренно предоставлю ложную информацию.

Подпись представителя

Дата

Правоотношение с клиентом

Адрес: улица

город

штат

Номер телефона

Самостоятельное назначение Представителем

Я выступаю от имени _____, чтобы предоставить информацию для установления права на помощь, поскольку он/она не могут действовать от своего собственного лица. Я предоставляю информацию, опираясь на свои знания. Я понимаю, что если я буду утаивать информацию или намеренно предоставлять ложную информацию, меня могут привлечь к ответственности за дачу ложных показаний и/или мошенничество. Я согласен(-на) немедленно сообщать о любых изменениях в их ситуации, о которых мне станет известно.

Подпись представителя

Дата

Правоотношение с клиентом

Адрес: улица

город

штат

Номер телефона

Помощь с заполнением этого Заявления

Вы можете выбрать уполномоченного представителя.

Вы можете дать доверенному лицу разрешение общаться с нами по поводу этого заявления, просматривать вашу информацию и действовать от вашего имени по вопросам, связанным с этим заявлением, включая получение информации о вашем заявлении и подписание заявления от вашего имени.

Это лицо называется «уполномоченным представителем». Если в будущем у вас возникнет необходимость сменить уполномоченного представителя, обратитесь в Службу защиты семьи и детства (DFCS) по телефону 1-877-423-4746. Если вы являетесь официальным назначенным представителем для лица в этом заявлении, предоставьте подтверждение вместе с заявлением.

1. ФИО уполномоченного представителя (имя, среднее имя, фамилия)		
2. Адрес		3. Номер квартиры или офиса
4. Город	5. Штат	6. Индекс
7. Телефонный номер () -		
8. Название		9. Номер ID (если
Подписывая, вы позволяете этому лицу подписывать ваше заявление, получать официальную информацию об этом заявлении и взаимодействовать с этой организацией от вашего имени по всем будущим вопросам.		
10. Ваша		11. Дата (мм/дд/гггг)

Только для уполномоченных консультантов, помощников, агентов и брокеров по подаче заявлений.

Заполните этот раздел, если вы являетесь уполномоченным консультантом, помощником, агентом или брокером, который заполняет это заявление за другое лицо.

1. Дата начала заявления (мм/дд/гггг)	
2. Имя, среднее имя, фамилия и форма обращения	
3. Название	4. Номер ID (если



ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ С ЗАПОЛНЕНИЕМ ЗАЯВЛЕНИЯ? См. сайт Compass.ga.gov или позвоните по номеру 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Если вам требуется помощь на иностранном языке, позвоните по номеру 1-877-423-4746 и сообщите представителю отдела по работе с клиентами о языке, который вам необходим. Мы окажем вам помощь бесплатно. Номер для пользователей ТТУ: 1-800-255-0135.



РАЗРЕШЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯТЬ ИНТЕРЕСЫ ПАЦИЕНТА

ОТ: (ИМЯ КЛИЕНТА) _____

Настоящим я назначаю и поручаю компании R1 Care Coverage, ее агентам и сотрудникам (в совокупности «Представители») представлять меня и действовать от моего имени в любом медицинском учреждении, финансовом учреждении, страховой компании, месте работы, Департаменте социального обеспечения уровня округа/штата, Службе социального обеспечения, психиатрической клинике, Управлении по делам участников войны с целью потенциального сохранения или изменения медицинских льгот для меня и/или моей семьи.

Я выражаю согласие на разглашение и выдачу моим Представителям всех больничных записей, медицинских и психиатрических отчетов (включая, при необходимости, отчеты, касающиеся употребления наркотиков, алкоголя и статуса ВИЧ/СПИД), всей финансовой информации (включая банковские выписки, полисы страхования жизни и документы о занятости/заработной плате) и всех других документов и информации, относящейся ко мне и/или моей семье, которыми располагают эти организации.

Я понимаю, что некоторые из полученных данных могут включать информацию о злоупотреблении наркотиками, психическом здоровье и ВИЧ-статусе в отношении других инфекционных заболеваний. Часть этой информации должна оставаться конфиденциальной в соответствии со всеми законами штата и федеральными законами о конфиденциальности HIPAA в редакции от 14 августа 2002 года. Я подтверждаю, что получил копию Уведомления о политике конфиденциальности R1 в соответствии с требованиями законодательства.

Настоящим я отказываюсь от любых требований конфиденциальности, установленных представителями R1's Care Coverage, и буду раскрывать эту информацию только другим лицам, которые имеют прямое отношение к моему делу. Срок использования полученной или разглашенной информации не должен превышать разумный срок ее использования после раскрытия.

ДАННЫЕ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ: Я также уполномочиваю компанию R1's Care Coverage и даю ей право получать информацию из Службы социального обеспечения и/или от юриста, которую я получил для проверки или получения моей информации о любом члене семьи, связанном с моим делом, которую я и любой из членов моей семьи получаю.

**Имя (печатными
буквами)**

Подпись

Дата

Адрес: улица

Город

Штат

Индекс

Телефон

Ascension St. Vincent's

Больница / Дата приема

Подпись свидетеля (если пациент не может подписать)

Представитель Care Coverage

Номер пациента



ИНСТРУКЦИИ: Предоставьте контактные данные двух других человек, с которыми компания R1 RCM Inc. может пообщаться от вашего имени по поводу вашей медицинской страховки/Medicaid/Medicare:

РАЗРЕШЕНИЕ ОБСУЖДАТЬ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Настоящим я уполномочиваю компанию R1 RCM Inc. использовать или разглашать информацию, связанную со страховым покрытием моего лечения, указанным ниже лицам. Это разрешение будет действительно до момента одобрения страхового покрытия лечения, до принятия окончательного решения касательно отсутствия у меня права на любое страховое покрытие лечения или, если я отзываю это разрешение путем письменного уведомления в адрес компании R1 RCM Inc.

Имя: _____

Правоотношение с пациентом: _____

Телефон: _____

Имя: _____

Правоотношение с пациентом: _____

Телефон: _____

Имя пациента (печатными буквами) _____

Подпись _____

Дата _____

Уполномоченное лицо, если не Пациент _____

Подпись _____

Дата _____

Адрес: улица _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Телефон _____

Ascension St. Vincent's _____

Больница / Дата приема _____

Подпись свидетеля (если пациент не может подписать) _____

Представитель R1 RCM, Inc. _____