

# Форма заявки на отримання фінансової допомоги

**Важливо:** ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМУВАТИ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ БЕЗ ОПЛАТИ АБО ЗІ ЗНИЖКОЮ: Після заповнення цієї заявки Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois зможе визначити ваше право на отримання безкоштовних послуг чи послуг зі знижкою або право приймати участь в інших державних програмах, де надають допомогу з отриманням медичного обслуговування. Надішліть цю заявку на адресу, вказану в супровідному листі.

ОСОБИ БЕЗ СТРАХОВКИ НЕ ПОВИННІ ОBOB'ЯЗКОВО НАДАВАТИ НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ДЛЯ ОТРИМАННЯ БЕЗКОШТОВНИХ ПОСЛУГ АБО ЗНИЖОК

НА ЛІКУВАННЯ. Однак, номер соціального страхування необхідний для деяких державних програм, зокрема, Medicaid. Надання номера соціального страхування не є обов'язковим, але допоможе Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois визначити ваше право на участь у будь-якій державній програмі. На всі питання заявки, позначені як «необов'язкові», ваша відповідь (або її відсутність) не матиме жодного впливу на результат розгляду заявки.

Заповніть цю форму та передайте її до Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois особисто, поштою, електронною поштою або факсом, щоб подати заявку на безкоштовне обслуговування або обслуговування зі знижкою якомога швидше після дати надання послуги. Ми приймемо цю заявку протягом 240 днів після першого виставлення рахунку за ваше лікування. Коли ви подаєте цю заявку, ви підтверджуєте, що доклали сумлінних зусиль для надання всієї необхідної інформації у заявці, щоб допомогти Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois визначити, чи має пацієнт право на отримання фінансової допомоги. Якщо у вас виникли запитання щодо процесу подання заявки, зв'яжіться з відділом фінансового консультування Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, за номером 833-272-7585.

Скарги або занепокоєння щодо процесу подання заявки на знижку або надання фінансової допомоги для незастрахованих пацієнтів слід подавати до Бюро охорони здоров'я Генерального прокурора штату Іллінойс. Безкоштовна гаряча лінія Бюро охорони здоров'я — 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Інформація про пацієнта

*(Роздрукуйте та заповніть всі поля. Вкажіть Н/С, якщо це не стосується окремого рядка в заявці.)*

Дата \_\_\_\_\_ Номер облікового запису \_\_\_\_\_

Ім'я (ім'я та прізвище) \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Сімейний стан \_\_\_\_\_ Номер телефону \_\_\_\_\_

**Необов'язково** — Гендерна ідентичність — ким ви себе вважаєте?  Чоловік  Жінка  Трансгендерний чоловік/транс-чоловік/жінка, яка стала чоловіком (FTM)

Трансгендерна жінка/транс-жінка/чоловік, який став жінкою (MTF)

Гендерквір/гендерно неконформна особа, яка не є виключно чоловіком або жінкою  Додаткова гендерна категорія (або інша)

**Необов'язково** — Гендерна ідентичність: Яка стать була вказана у вашому свідоцтві про народження? :  Чоловік  Жінка

**Необов'язково** — Раса:  Білий  Чорношкірий або афроамериканець  Корінний американець або корінний житель Аляски  
 Азіатський індіанець  Китаєць  Філіппінець  Японець  Корєєць  В'єтнамець  Інша азійська раса  Корінний гаваєць  
 Уродженець Гуаму або Чаморро  Уродженець Самоа  Уродженець інших тихоокеанських островів

**Необов'язково** — Етнічна приналежність:  Виходець з Латинської Америки чи Іспанії  Виходець з Мексики, мексиканський американець, чикано  Виходець з Пуерто-Ріко  Виходець з Куби  Виходець з іншої країни Латинської Америки або іспаномовної країни

**Необов'язково** — Мова — Ви розмовляєте вдома іншою мовою, окрім англійської?  Так  Ні

Якщо так, то якою мовою? \_\_\_\_\_

Поштова адреса \_\_\_\_\_ Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Індекс \_\_\_\_\_

**Необов'язково** — Номер соціального страхування \_\_\_\_\_

Роботодавець \_\_\_\_\_ Статус зайнятості \_\_\_\_\_

Номер телефону роботодавця \_\_\_\_\_

### Інформація про відповідальну особу/офіційного опікуна

*(Якщо пацієнт, вказаний вище, є відповідальною особою, залиште цей розділ порожнім).*

Ім'я (ім'я та прізвище) \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Сімейний стан \_\_\_\_\_ Номер телефону \_\_\_\_\_

Поштова адреса \_\_\_\_\_ Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Індекс \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування (необов'язково) \_\_\_\_\_

Роботодавець \_\_\_\_\_ Статус зайнятості \_\_\_\_\_

### Інформація про чоловіка/дружину відповідальної сторони

*(Якщо пацієнт є відповідальною особою, заповніть інформацію про чоловіка/дружину пацієнта).*

Ім'я (ім'я та прізвище) \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Сімейний стан \_\_\_\_\_ Номер телефону \_\_\_\_\_

Поштова адреса \_\_\_\_\_ Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Індекс \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування (необов'язково) \_\_\_\_\_

Роботодавець \_\_\_\_\_ Статус зайнятості \_\_\_\_\_

Номер телефону роботодавця \_\_\_\_\_

### Залежні особи відповідальної сторони

*(Якщо пацієнт є відповідальною особою, заповніть інформацію про чоловіка/дружину пацієнта).*

Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_ Відношення до відповідальної сторони \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_ Відношення до відповідальної сторони \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_ Відношення до відповідальної сторони \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_ Відношення до відповідальної сторони \_\_\_\_\_

Кількість дорослих та дітей, які проживають у домогосподарстві \_\_\_\_\_

## Щомісячний дохід

(Вказати суми в дол. США для кожного пункту нижче. Вказати суму на місяць для кожного з них).

Зароблений дохід заявника \_\_\_\_\_

Дохід чоловіка/дружини заявника \_\_\_\_\_

Виплати з соціального забезпечення \_\_\_\_\_

Пенсія/пенсійний дохід \_\_\_\_\_

Дохід особи з інвалідністю \_\_\_\_\_

Компенсація по безробіттю \_\_\_\_\_

Компенсація через втрату працездатності \_\_\_\_\_

Дохід у вигляді відсотків/дивідендів \_\_\_\_\_

Отримана допомога на дитину \_\_\_\_\_

Отримані аліменти \_\_\_\_\_

Дохід від здачі нерухомості в оренду \_\_\_\_\_

Продовольчі талони \_\_\_\_\_

Отриманий дохід з цільового фонду \_\_\_\_\_

Інший дохід \_\_\_\_\_

**Загальний валовий місячний дохід, дол. США** \_\_\_\_\_

## Щомісячні витрати на проживання

Пацієнтам, які, ймовірно, мають право на отримання фінансової допомоги, як описано в Політиці фінансової допомоги Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, не потрібно заповнювати цей розділ.

Іпотека/оренда \_\_\_\_\_

Комунальні послуги \_\_\_\_\_

Телефон (стаціонарний) \_\_\_\_\_

Моб. телефон \_\_\_\_\_

Продукти харчування/їжа \_\_\_\_\_

Кабельне/інтернет/супутникове телебачення \_\_\_\_\_

Оплата автомобіля \_\_\_\_\_

Догляд за дітьми \_\_\_\_\_

Допомога на дитину/аліменти \_\_\_\_\_

Кредитні картки \_\_\_\_\_

Рахунки за послуги лікарів/лікарень \_\_\_\_\_

Страхування автомобіля/автоцивілка \_\_\_\_\_

Страхування житла/майна \_\_\_\_\_

Медичне страхування \_\_\_\_\_

Страхування життя \_\_\_\_\_

Інші щомісячні витрати \_\_\_\_\_

**Всього щомісячних витрат, дол. США** \_\_\_\_\_

**Активи**

Готівка/ощадні/чекові рахунки \_\_\_\_\_

Акції/облігації/інвестиції/CD \_\_\_\_\_

Інша нерухомість/додаткове житло \_\_\_\_\_

Човен/причіп/мотоцикл/рекреаційний транспортний засіб \_\_\_\_\_

Колекційні автомобілі/необов'язкові автомобілі \_\_\_\_\_

Заощадження на охорону здоров'я/автомобіль з рахунком на непередбачені витрати \_\_\_\_\_

Я уповноважую Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois отримувати інформацію від зовнішніх кредитних установ. Я підтверджую, що інформація в цій заявці є правдивою і правильною, наскільки мені відомо. Я подам заявку на усі види державної або місцевої допомоги чи допомоги на рівні штату, на яку я можу мати право, для допомоги з оплатою моїх медичних рахунків. Я розумію, що надана інформація може бути перевірена Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, і я дозволяю Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois звертатися до третіх осіб для перевірки достовірності інформації, наданої в цій заяві. Я розумію, що якщо я надам завідомо неправдиву інформацію в цій заяві, я буду позбавлений права на отримання фінансової допомоги, вже надана мені фінансова допомога може бути скасована, і я буду нести відповідальність за оплату своїх рахунків.

Підпис заявника \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Коментарі** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Шановний пацієнт/заявник,

Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, надає медичну допомогу з глибоким співчуттям і турботою, а також прагне організувати персоналізовану допомогу для всіх пацієнтів, особливо для тих, хто її найбільше потребує. Нашою місією та привілеєм є надання фінансової допомоги пацієнтам. Фінансова допомога надається лише на невідкладну та іншу необхідну з медичної точки зору медичну допомогу. Ми вдячні за вашу довіру, коли йдеться про здоров'я вас і вашої родини.

Ми надсилаємо цього листа з заявкою на отримання фінансової допомоги, оскільки отримали ваш запит. Якщо ви не робили цей запит, проігноруйте наш лист. Заповніть обидві сторони, поставте свій підпис і дату, а потім поверніть заявку. Якщо ви подавали заявку протягом останніх шести місяців і отримали схвалення фінансової допомоги, повідомте нам про це. Можливо, вам не потрібно буде заповнювати нову заявку. Ми не розглядатимемо попередні заявки, подані більше шести місяців тому.

Разом із заявкою слід надати копію принаймні одного з наступних документів, що підтверджують ваш дохід. Якщо ви одружені або проживаєте з партнером/партнеркою протягом 6 місяців або довше, вони також повинні надати копію принаймні одного з наступних документів, щоб підтвердити свій дохід, для розгляду заявки.

- Копії 3 останніх платіжних відомостей від роботодавця
- Копії останньої річної податкової декларації (якщо ви самозайнята особа, включіть всі додатки)
- Лист про призначення соціального забезпечення та/або пенсії за віком
- Остання річна податкова декларація батьків або опікуна, якщо заявник є утриманцем молодше 25 років, зазначеним у їхній податковій декларації
- Інші документи, що підтверджують доходи
- Копії банківських виписок за останні 3 місяці
- Копія довідки про отримання допомоги по безробіттю

I

Також слід надати документи, що підтверджують ваші щомісячні витрати на медичні та аптечні послуги/ліки, що залишилися без оплати.

Зверніть увагу: для розгляду заявки вам необхідно надати заповнену заявку разом з підтвердженням доходу. Ми не можемо обробляти або розглядати неповні заявки.

Слід пам'ятати, що спілкування електронною поштою через інтернет не є безпечним. Існує мала ймовірність того, що інформація з електронного листа може бути перехоплена і прочитана іншими особами, кому лист не адресовано.

Ми прагнемо захистити вашу особисту інформацію та забезпечити її безпеку. Оскільки заявка містить ваш номер соціального страхування та іншу приватну інформацію, ми наполегливо просимо утриматися від надсилання її електронною поштою.

Роздрукуйте та надішліть заповнену заявку на наступну адресу:

Alexian Brothers Health System  
Attention: Financial Assistance Department  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8843

Якщо у вас виникли запитання щодо цієї заявки, зателефонуйте представнику пацієнтів за номером 833-272-7585.

З повагою,

Фінансові послуги для пацієнтів  
Alexian Brothers Health System,  
що діє під назвою філіали Ascension Illinois