



# Ascension

Уважаемый пациент/заявитель!

В соответствии с клятвой Гиппократы больница Ascension старается оказывать персонализированную помощь всем — особенно тем, кому она нужна больше всего. Наша миссия и обязанность — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за доверие заботы о вас и вашей семье в отношении всех ваших запросов медицинского обслуживания нашей больнице.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не отправляли запрос, просто проигнорируйте это письмо. Перед отправкой заявления заполните обе его стороны, поставьте подпись и дату. Если вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и получили подтверждение права на получение финансовой помощи, свяжитесь с нами: возможно, вам не нужно заполнять новое заявление. К сожалению, мы не можем использовать прежние заявления, направленные более шести месяцев назад.

Вместе с заявлением вам необходимо предоставить подтверждение дохода вашей семьи и подтверждение всех активов, принадлежащих любому члену семьи.

## **Примеры подтверждения доходов и активов:**

- 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).
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является лицом на иждивении, указанным в их налоговой форме и в возрасте младше 25 лет
- Копия документа о назначении пособия по безработице.
- Одобрение/отказ в получении права на Medicaid и/или финансируемой штатом медицинской помощи
- Другие документы, подтверждающие доход.

## **Примеры подтверждения активов:**

- Текущие банковские выписки (расчетные и сберегательные счета) за последние 3 месяца
- Инвестиции, включая акции и облигации
- Трастовые фонды
- Счета денежного рынка
- Паевые инвестиционные фонды

Наконец, мы можем рассмотреть ваши непогашенные медицинские счета для определения вашего права на получение финансовой помощи. Если вы хотите, чтобы мы рассмотрели данные документы, направьте также документацию по непогашенным ежемесячным медицинским расходам и расходам на покупку аптечных препаратов/иных препаратов, такую как выставленные счета или выписки по остаткам денежных средств на счете. **Примите во внимание, что для рассмотрения заявления необходимо получить: 1) заполненное заявление вместе с 2) подтверждением дохода, 3) подтверждением активов и 4) непогашенными медицинскими счетами (если применимо). Мы не можем обрабатывать или рассматривать неполные заявления.**

При подаче заявления помните, что отправка документов по электронной почте или в Интернете небезопасна. Есть небольшая вероятность, что информацию, которую вы отправляете по электронной почте, перехватят и прочтут лица, которым она не адресована. Мы хотим защитить персональную информацию и обеспечить ее безопасность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

**Распечатайте и отправьте заполненное заявление и подтверждающие документы по следующему адресу:**

**Для больничных счетов в Ascension St. Vincent**

Абонентский ящик 713441  
Chicago, IL 60677-4341

**Для счетов Medical Group:**

Абонентский ящик 80278  
Indianapolis, IN 46240

Мы здесь для того, чтобы помочь и обеспечить получение финансовой помощи пациентами, которые имеют на нее право. Если у вас возникнут какие-либо вопросы по этому заявлению, необходимым подтверждающим документам или по наилучшему способу передачи заявления нам, пожалуйста, позвоните одному из наших представителей по работе с пациентами по телефону 866-435-2078.

С уважением,

специалист отдела финансовых  
услуг для пациентов Ascension

# Форма Заявления на получение финансовой помощи



## Ascension

### Сведения о пациенте

*(Заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если пункт не применяется, в каждой отдельной строке заявления)*

Дата \_\_\_\_\_ Номер счета \_\_\_\_\_

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (необязательно) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Статус занятости \_\_\_\_\_

Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

### Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

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

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (необязательно) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Статус занятости \_\_\_\_\_

Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

### Информация о супруге ответственного лица

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

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (необязательно) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Статус занятости \_\_\_\_\_

Количество рабочих часов в неделю \_\_\_\_\_ Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

### Зависимые лица ответственного лица

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

Имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Степень родства с ответственным лицом \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Степень родства с ответственным лицом \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Степень родства с ответственным лицом \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Степень родства с ответственным лицом \_\_\_\_\_

Количество взрослых и детей, проживающих в семье \_\_\_\_\_

## 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 трастового фонда \_\_\_\_\_

Другие доходы \_\_\_\_\_

Другие доходы \_\_\_\_\_

**Общий валовой ежемесячный доход, долл. США \_\_\_\_\_**

## Ежемесячные расходы на проживание

Ипотека/аренда \_\_\_\_\_

Коммунальные услуги \_\_\_\_\_

Телефон (стационарный) \_\_\_\_\_

Мобильный телефон \_\_\_\_\_

Продовольственные товары/продукты питания \_\_\_\_\_

Кабельное телевидение/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 здоровья \_\_\_\_\_

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 по имеющейся у меня информации, указанные выше сведения являются достоверными и полными. Настоящим уполномочиваю больницу при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Комментарии** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_