



# Ascension

[Date]

Уважаемый пациент/заявитель!

Сотрудники Ascension стремятся проявлять сострадание и оказывать персонализированную помощь всем пациентам, особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и привилегия заключается в возможности предлагать финансовую помощь пациентам. Финансовая помощь предоставляется только в случаях, когда речь идет об экстренных ситуациях или иных видах необходимой медицинской поддержки. Благодарим Вас за то, что доверили нам заботу о Вашем здоровье и здоровье Вашей семьи.

На основании Вашего запроса прилагаем к этому письму форму заявления о предоставлении финансовой помощи. Если Вы не отправляли запрос, проигнорируйте это письмо. Заполните форму с обеих сторон и не забудьте поставить подпись и дату, прежде чем отправлять ее нам. Если Вы подали заявку в течение последних шести месяцев и получили положительное решение, сообщите нам об этом: возможно, Вам не придется заполнять новую форму. К сожалению, мы не рассматриваем заявки, которые были отправлены более шести месяцев назад.

Вместе с заявкой Вы должны предоставить подтверждение дохода, получаемого лицами, которые проживают с Вами, и наличия у них активов.

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

- копии 3 последних зарплатных ведомостей от работодателя;
- копии последней налоговой декларации за год (включая приложения к ней, если Вы работаете не по найму);
- письмо, подтверждающее право на социальное обеспечение и/или трудовую пенсию;
- последняя налоговая декларация за год, составленная родителем или опекуном, если заявитель указан в ней в качестве иждивенца и его возраст составляет менее 25 лет;
- копия квитанции о выплате пособия по безработице;
- документ о предоставлении/отказе в предоставлении права на получение выплат по программе Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством;
- другие документы, подтверждающие доход.

## **Примеры подтверждения наличия активов:**

- актуальные банковские выписки (по расчетным и сберегательным счетам) за последние 3 месяца;

- бумаги, подтверждающие инвестиционную деятельность, включая акции и облигации;
- документы об участии в целевых фондах;
- документы о наличии депозитных счетов денежного рынка;
- документы, подтверждающие участие в паевых инвестиционных фондах.

Если Вы получаете помощь от родственников или друзей или проживаете с ними, попросите их заполнить прилагаемую форму под названием «Письмо поддержки». Это не возлагает на них ответственность в связи с оплатой Ваших медицинских счетов. Так мы сможем узнать, в какой мере Вы способны оплачивать свои расходы на проживание. Если Вы не получаете помощь от родственников и друзей, в оформлении письма поддержки нет необходимости.

Наконец, мы имеем право проанализировать Ваши неоплаченные медицинские счета, чтобы определить Ваше право на получение финансовой помощи. Если Вы согласны на это, предоставьте нам документы о непогашенных ежемесячных расходах на медицинское обслуживание и покупку лекарственных препаратов, например, актуальные счета на оплату или выписки об остатке по счету. **Обратите внимание, что мы рассматриваем заявки только после получения: 1) заполненной формы, 2) подтверждения дохода, 3) подтверждения наличия активов и 4) неоплаченных медицинских счетов (если применимо). У нас нет возможности рассматривать заявки, содержащие неполную информацию.**

Пожалуйста, учитывайте, что отправка заявки по электронной почте через Интернет небезопасна. Существует вероятность того, что информация, содержащаяся в электронном письме, может быть перехвачена и прочитана другими лицами, помимо получателя. Мы стремимся защищать персональные данные пациентов и обеспечивать их конфиденциальность. Поскольку заявка содержит Ваш номер социального страхования и другую личную информацию, мы настоятельно рекомендуем Вам воздержаться от ее отправки по электронной почте.

**Пожалуйста, распечатайте заявку и сопроводительную документацию и отправьте их по следующему адресу (или передайте их лично в руки):**

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

Мы всегда готовы помочь и стремимся предоставлять финансовую помощь всем пациентам, которые имеют на нее право. Если у Вас возникли вопросы по поводу этой заявки, оптимальных способов ее отправки или подтверждающих документов, позвоните одному из наших представителей по делам пациентов по номеру

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

С уважением,

Служба финансовой поддержки  
пациентов Ascension



# Ascension

## Форма Заявления на получение финансовой помощи

### 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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 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 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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Ascension

## Письмо спонсора

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 \_\_\_\_\_