



Ascension

Secondary Form – Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's Outpatient Center

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 _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

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 _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

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 _____ Правоотношению 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 _____

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 _____

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 _____

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 _____



Ascension

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.

Примеры подтверждения дохода:

- 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;
- другие документы, подтверждающие доход.

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) 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):

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

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 877-304-6332.

С уважением,

Служба финансовой поддержки
пациентов Ascension



Ascension

<p>Ascension All Saints Hospital Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 877-304-6332</p>	<p>Ascension St Francis Hospital Attn: Financial Counselor 3237 S. 16th Street Milwaukee, WI 53215 877-304-6332</p>	<p>Ascension Elmbrook Hospital Attn: Financial Counselor 19333 W North Ave Brookfield, WI 53045 877-304-6332</p>
<p>Ascension Franklin Hospital Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 877-304-6332</p>	<p>Midwest Orthopedic Specialty (MOSH) Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 888-281-2392</p>	<p>Ascension St. Joseph Hospital Attn: Financial Counselor 5000 W Chambers Street Milwaukee, WI 53210 877-304-6332</p>
<p>Ascension Columbia St. Mary's Milwaukee Hospital Patient Accounting / Office Center 2301 N Lake Dr Milwaukee, WI 53211 877-304-6332</p>	<p>Ascension Columbia St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center 13111 N Port Washington Rd Mequon, WI 53097 877-304-6332</p>	<p>Ascension Surgery Center Mount Pleasant Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 877-304-6332</p>
<p>Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>	<p>Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>	<p>Ascension Wisconsin Hospital Waukesha Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>
<p>Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 877-304-6332</p>	<p>Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 877-304-6332</p>	<p>Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915 877-304-6332</p>