

Форма Заявления на получение финансовой помощи



Важно: ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОМОЩЬ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ: Заполнение этого заявления поможет AMITA Health определить возможностью получения бесплатных услуг или услуг со скидкой или участия в других государственных программах, нацеленных на помощь в оплате услуг системы здравоохранения. Это заявление следует отправить на адрес, указанный в сопроводительном письме.

ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, ТОГДА ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ПОМОЩИ СО СКИДКОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. Тем не менее, номер социального страхования необходим для некоторых государственных программ, например, Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, однако, это поможет AMITA Health определить ваше соответствие критериям любых государственных программ. Ваши ответы на любые вопросы заявки с пометкой «необязательно» не повлияют на результат вашей заявки.

Просим вас заполнить эту форму и передать ее в AMITA Health лично, по почте, по электронной почте или по факсу, чтобы подать заявление на бесплатную или льготную помощь как можно скорее после даты оказания услуг. Мы осуществляем прием заявлений в течение 240 дней после выставления первого счета за лечение. Подавая это заявление вы признаете, что приложили все усилия, чтобы предоставить запрошенную информацию с целью помощи AMITA Health определить соответствует ли пациент установленным требованиям для получения финансовой помощи. Если у вас возникнут вопросы по поводу процесса подачи заявки, вы можете обратиться со своими вопросами или проблемами в отдел финансового консультирования AMITA Health по номеру 888-693-2252.

С жалобами или проблемами в процессе подачи заявки на льготное обслуживание или в процессе предоставления финансовой помощи больницы незастрахованным пациентам можно обращаться в отдел здравоохранения генерального прокурора штата Иллинойс. Бесплатная линия отдела здравоохранения: 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Сведения о пациенте

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

Дата _____ Номер пациента _____

Имя (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейный статус _____ Номер телефона _____

Необязательно - Гендерная идентичность – Вы представляете себя как: мужчина женщина

трансгендерный мужчина/транс-мужчина/женщина, ставшая мужчиной (FTM)

трансгендерная женщина/транс-женщина/мужчина, ставший женщиной (MTF) гендерквир/небинарная гендерная идентичность

дополнительная гендерная категория (или прочее)

Необязательно - Гендерная идентичность: Какой пол был изначально указан в вашем свидетельстве о рождении?:

мужской женский

Необязательно - Раса: белый темнокожий или афроамериканец американский индеец или уроженец Аляски

азиат из Индии китаец филиппинец японец кореец вьетнамец другой азиат коренной гаваец

гуаец или чаморро житель Самоа житель других островов Тихого океана

Необязательно – Этническая принадлежность: латиноамериканец или испанец мексиканец, американский мексиканец, чикано

пуэрториканец кубинец другая народность Латинской Америки или Испании

Необязательно – Язык - Дома вы общаетесь не на английском, а на другом языке?: да нет

Если да, то на каком языке?: _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Необязательно - Номер социального страхования _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

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 _____ Индекс _____

Номер социального страхования (необязательно) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

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 _____ Индекс _____

Номер социального страхования (необязательно) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

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 по временной потере
трудоспособности _____ Доход
по процентам / дивидендам _____

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

Ежемесячные расходы на проживание

Пациенты, по которым было принято предварительное решение о соответствии установленным требованиям на получение финансовой помощи согласно описанию в Политике финансовой помощи AMITA Health, не обязаны заполнять этот раздел.

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 _____
Сбережения для здоровья/счет для различных расходов _____

Я разрешаю AMITA получать информацию от сторонних бюро кредитных историй. Я подтверждаю, что информация в этом заявлении является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я подаю все возможные заявления на любую помощь, которую можно получить из федеральных, уровня штата или местных источников, что поможет оплатить мои медицинские счета. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена AMITA, и я разрешаю AMITA связываться с третьими сторонами для проверки точности информации в этом заявлении. Я понимаю, что если я заведомо предоставлю неверную информацию в этом заявлении, я потеряю право на финансовую помощь, любая выделенная финансовая помощь может быть отменена, а я буду обязан(-а) оплатить счета.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Комментарии _____

Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Правоотношение к пациенту / заявителю _____

Адрес спонсора _____

В адрес AMITA Health:

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

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

Подпись спонсора _____

Дата _____

Уважаемый пациент/заявитель,

AMITA Health 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 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(-а) 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)
- 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». 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 заявления, которые заполнены не полностью.

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 и отправить заполненное заявление по почте на следующий адрес:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, позвоните специалисту по работе с пациентами по номеру 888-693-2252.

С уважением,

Отдел финансовой помощи пациентам
AMITA Health