

Columbia Basin Hospital/Columbia Basin Family Medicine
Анкета на получение финансовой помощи – конфиденциальная

Это заявление на получение финансовой помощи в Columbia Basin Hospital.

Штат Вашингтон требует, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь людям и семьям, которые соответствуют определенным требованиям к доходу. Вы можете претендовать на бесплатный уход или льготный уход в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Вы можете найти копию Политики финансовой помощи Columbia Basin Hospital и скользящую шкалу оплаты на нашем веб-сайте по адресу www.columbiabasinhospital.org.

Что покрывает финансовая помощь? Финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые больницей Columbia Basin Hospital и Columbia Basin Family Medicine, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении этого заявления: обратитесь в бизнес-офис, расположенный в административном здании, или позвоните по телефону 509-717-5219. Вы можете получить помощь по любой причине, включая помощь с ограниченными возможностями и языковую помощь.

Для того, чтобы Ваша заявка была обработана

- ☐ **Предоставьте информацию о своей семье и**
Укажите количество членов семьи в вашей семье (в семье есть люди родственники по рождению, браку или усыновлению, проживающие вместе)
- ☐ **Предоставьте нам информацию о валовом ежемесячном доходе Вас или Вашей семьи и**
(доходы до вычета налогов и вычетов)
- ☐ **Предоставить документацию о доходах семьи, задекларировать активы и**
- ☐ **При необходимости приложите дополнительную информацию**
- ☐ **Подпишите форму и поставьте дату**

Примечание: Вам не нужно предоставлять номер социального страхования, чтобы подать заявление на получение финансовой помощи. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, отметьте «неприменимо» или «NA».

Отправьте заполненное заявление со всей документацией по почте или факсу по адресу: Columbia Basin Hospital, Attn Business Services Dept. 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Обязательно сохраните копию для себя.

Чтобы подать заполненное заявление лично: Бизнес-офис Columbia Basin Hospital расположен в административном здании, 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Наш офис работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Мы уведомим вас об окончательном определении права на получение финансовой помощи и праве на апелляцию, если это применимо, в течение 14 календарных дней с момента получения полной заявки на получение финансовой помощи, включающей документацию о доходах.

Подавая заявку на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы делали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Мы хотим помочь. Пожалуйста, подайте заявку как можно скорее!
Вы можете получать счета до тех пор, пока мы не получим всю вашу

Columbia Basin Hospital/Columbia Basin Family Medicine

Анкета на получение финансовой помощи – конфиденциальная

Пожалуйста, заполните всю информацию полностью. Если это не применимо, напишите «НА». При необходимости прикрепите дополнительные страницы.

ИНФОРМАЦИЯ О СКРИНИНГЕ

Вам нужен переводчик? ☐ Да ☐ Нет Если да, перечислите предпочтительный язык:
Подал ли пациент заявку на участие в программе Medicaid? ☐ Да ☐ Нет Необходимо подать заявку, прежде чем рассматривать вопрос о предоставлении финансовой помощи
Получает ли пациент государственные государственные услуги, такие как TANF, Basic Food или WIC? ☐ Да ☐ Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? ☐ Да ☐ Нет
Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? ☐ Да ☐ Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на получение финансовой помощи, даже если вы подадите заявку.
- После того, как вы отправите заполненную заявку, мы рассмотрим информацию и можем запросить дополнительную информацию или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после того, как мы получим ваше заполненное заявление и документацию, мы уведомим вас, имеете ли вы право на получение помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другое (может указать _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (необязательно*) *необязательно, но необходимо для более щедрой помощи, превышающей требования законодательства штата
Лицо, ответственное за оплату счета	Отношение к пациенту	Дата рождения Номер социального страхования (необязательно*) *необязательно, но необходимо для более щедрой помощи, превышающей требования законодательства штата
Почтовый адрес	Основной контактный телефон(ы) () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____	
Город-государство Почтовый индекс		
Статус занятости лица, ответственного за оплату счета ☐ Трудоустроенные (дата найма: _____) ☐ Безработные (как долго безработный: _____) ☐ Самозанятые ☐ студенты ☐ инвалиды ☐ пенсионеры ☐ другие (_____)		

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая вас. «Семья» включает в себя людей, связанных родством, браком или усыновлением, которые живут вместе.					
РАЗМЕР СЕМЬИ _____				При необходимости	
прикрепите дополнительную страницу					
Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если вам уже исполнилось 18 лет: Название работодателя	Если вам уже исполнилось 18 лет: Общий валовой ежемесячный доход (до вычета налогов):	Также подаете заявку на получение финансовой помощи?

Columbia Basin Hospital/Columbia Basin Family Medicine

Анкета на получение финансовой помощи – конфиденциальная

			(работодателей) или источник дохода		
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Доходы всех совершеннолетних членов семьи должны быть раскрыты. К источникам дохода относятся, например:
 - Заработная плата - Безработица - Самозанятость - Компенсация работникам - Инвалидность - SSI - Алименты на ребенка/супруга
 - Программы стажировки (студенты) - Пенсия - Распределение средств на пенсионные счета - Другое (пожалуйста, explain _____)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: Вы должны приложить к заявлению подтверждение дохода.

Для определения размера финансовой помощи требуется подтверждение дохода. Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны раскрывать свои доходы. Если вы не можете предоставить документы, вы можете предоставить письменное подписанное заявление с описанием ваших доходов.

Пожалуйста, приложите ОДИН из следующих документов:

- Выписка об удержании налогов по форме W-2 и/или квитанции о текущей заработной плате (за 3 месяца)
- Декларация о доходах за прошлый год
- 3 последние банковские выписки
- Одобрение/отказ в праве на участие в программе Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством

Если вы безработный, предоставьте ОДИН из следующих документов:

- Одобрение/отказ в праве на получение пособия по безработице
- Пособие по безработице (если применимо)
- Одобрение/отказ в праве на участие в программе Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством

Если у вас нет справки о доходах или нет дохода, приложите дополнительную страницу с объяснением.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию, чтобы получить полную картину вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы на домашнее хозяйство:

Аренда/ипотека \$ _____ Медицинские расходы \$ _____
 Страховые взносы \$ _____ Коммунальные услуги \$ _____
 Прочие долги/расходы \$ _____ (алименты, медицинские расходы)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВЕ

Эта информация может быть использована, если ваш доход превышает 101% от Федерального руководства по бедности.

Текущий остаток на расчетном счете
 \$ _____
 Остаток на текущем сберегательном счете
 \$ _____

Есть ли у вашей семьи другие активы?

Пожалуйста, отметьте все подходящие варианты

☐ Акции ☐ облигации ☐ 401K ☐ Медицинские сберегательные счета ☐ трасты

Columbia Basin Hospital/Columbia Basin Family Medicine
Анкета на получение финансовой помощи – конфиденциальная

	☐ Недвижимость (за исключением основного места жительства) ☐ Владеть бизнесом
--	--

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные потери.

ПАЦИЕНТСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Я понимаю, что Columbia Basin Hospital может проверять информацию, просматривая кредитную информацию и получая информацию из других источников, чтобы помочь в определении права на получение финансовой помощи или планов платежей.

Я подтверждаю, что вышеизложенная информация является правдивой и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если финансовая информация, которую я предоставляю, будет признана ложной, результатом может быть отказ в финансовой помощи, и я могу нести ответственность за предоставленные услуги.

Подпись лица, подающего заявление

Дата