

Лікарня Колумбійського басейну/Сімейна медицина Колумбійського басейну

Форма заяви на отримання матеріальної допомоги – конфіденційна

Це заявка на фінансову допомогу в лікарні Columbia Basin Hospital.

Штат Вашингтон вимагає, щоб усі лікарні надавали фінансову допомогу людям і сім'ям, які відповідають певним вимогам щодо доходу. Ви можете претендувати на безкоштовну медичну допомогу або пільгову медичну допомогу залежно від розміру вашої сім'ї та доходу, навіть якщо у вас є медичне страхування. Ви можете знайти копію політики фінансової допомоги лікарні Columbia Basin Hospital та ковзної шкали оплати на нашому веб-сайті за адресою www.columbiabasinhospital.org.

Що покриває фінансова допомога? Фінансова допомога покриває відповідні послуги на базі лікарні, що надаються лікарнею Columbia Basin Hospital та Columbia Basin Family Medicine, залежно від вашого права на участь. Фінансова допомога може покривати не всі витрати на охорону здоров'я, включаючи послуги, що надаються іншими організаціями.

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога із заповненням цієї заявки: Будь ласка, зв'яжіться з Офісом бізнесу, розташованим у будівлі адміністрації, або за телефоном 509-717-5219. Ви можете отримати допомогу з будь-якої причини, включаючи допомогу з обмеженими можливостями та мову.

Для того, щоб ваша заявка була оброблена

- ☐ **Надайте інформацію про свою сім'ю і**
Укажіть кількість членів сім'ї у вашій родині (до складу сім'ї входять люди пов'язані за народженням, шлюбом або усиновленням, які проживають разом)
- ☐ **Надайте нам інформацію про свій валовий місячний дохід або валовий місячний дохід вашої родини і**
(дохід до вирахування податків і відрахувань)
- ☐ **Надати документальне підтвердження доходів сім'ї, задекларувати активи і**
- ☐ **За потреби додайте додаткову інформацію**
- ☐ **Підпишіть і датуйте форму**

Примітка: Вам не потрібно надавати номер соціального страхування, щоб подати заявку на фінансову допомогу. Якщо ви надасте нам свій номер соціального страхування, це допоможе прискорити обробку вашої заяви. Номери соціального страхування використовуються для перевірки інформації, наданої нам. Якщо у вас немає номера соціального страхування, будь ласка, позначте «не застосовується» або «НА».

Заповнену заяву поштою або факсом з усією документацією надсилайте на адресу: Columbia Basin Hospital, Attn Business Services Dept. 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Обов'язково збережіть копію для себе.

Щоб подати заповнену заяву особисто: Бізнес-офіс лікарні Columbia Basin розташований у будівлі адміністрації, 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Наш офіс працює з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00.

Ми повідомимо вас про остаточне визначення права на отримання та право на оскарження, якщо застосовно, протягом 14 календарних днів з моменту отримання повної заявки на фінансову допомогу, яка включає документацію про доходи.

Подавши заявку на фінансову допомогу, ви даєте свою згоду на те, щоб ми робили необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

Ми хочемо допомогти. Будь ласка, подавайте заявку негайно!

Ви можете отримувати рахунки, доки ми не отримаємо всю вашу інформацію.

Будь ласка, заповніть всю інформацію повністю. Якщо не застосовується, напишіть «НА». За потреби прикріпіть додаткові сторінки.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СКРИНІНГ

Вам потрібен перекладач? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, перелічіть бажану мову:

Чи подав пацієнт заявку на Medicaid? ☐ Так ☐ Ні **Необхідно подати заявку до розгляду питання про фінансову допомогу**

Чи отримує пацієнт державні державні послуги, такі як TANF, Basic Food або WIC? ☐ Так ☐ Ні

Лікарня Колумбійського басейну/Сімейна медицина Колумбійського басейну

Форма заяви на отримання матеріальної допомоги – конфіденційна

Пацієнт наразі бездомний? ☐ Так ☐ Ні

Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією або виробничою травмою? ☐ Так ☐ Ні

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви матимете право на фінансову допомогу, навіть якщо подасте заявку.
- Після того, як ви надішлете повну заявку, ми розглянемо інформацію та можемо попросити надати додаткову інформацію або підтвердження доходу.
- Протягом 14 календарних днів після того, як ми отримаємо вашу заповнену заявку та документи, ми повідомимо вас, чи відповідаєте ви вимогам для отримання допомоги.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	По батькові пацієнта		Прізвище пацієнта
☐ Самець ☐ самка ☐ Інше (може вказувати _____)	Дата народження		Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково*) <i>*необов'язковий, але необхідний для більш щедрої допомоги, що перевищує вимоги законодавства штату</i>
Особа, відповідальна за оплату рахунків	Відношення до пацієнта	Дата народження	Номер соціального страхування (необов'язково*) <i>*необов'язковий, але необхідний для більш щедрої допомоги, що перевищує вимоги законодавства штату</i>
Поштова адреса			Основний контактний телефон(и)
_____ _____ _____			() _____ () _____ Адреса електронної пошти: _____
Поштовий індекс міста			
Статус зайнятості особи, відповідальної за оплату рахунків			
☐ Працевлаштовані (дата найму: _____) ☐ Безробітні (як довго безробітні: _____)			
☐ Самозайнята особа ☐ студент ☐ інвалід ☐ пенсіонер ☐ інше (_____)			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Перелічіть членів сім'ї у вашій родині, включаючи вас. «Сім'я» включає людей, пов'язаних народженням, шлюбом або усиновленням, які проживають разом.

РОЗМІР СІМ'Ї _____

Прикріпіть додаткову

сторінку, якщо потрібно

Ім'я	Дата народження	Відношення до пацієнта	Якщо вам виповнилося 18 років: Ім'я роботодавця (роботодавців) або джерело доходу	Якщо вам виповнилося 18 років: Загальний валовий місячний дохід (до вирахування податків):	Також подаєте заявку на фінансову допомогу?
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Лікарня Колумбійського басейну/Сімейна медицина Колумбійського басейну

Форма заяви на отримання матеріальної допомоги – конфіденційна

Доходи всіх повнолітніх членів сім'ї повинні бути розкриті. До джерел доходу належать, наприклад:

- Заробітна плата - Безробіття - Самозайнятість - Компенсація працівникам - Інвалідність - SSI - Аліменти на дітей/подружжя
- Програми трудового навчання (студенти) - Пенсія - Розподіл пенсійних рахунків - Інше (будь ласка, explain _____)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХОДИ

ПАМ'ЯТАЙТЕ: Ви повинні додати до заяви підтвердження доходу.

Для визначення фінансової допомоги потрібна перевірка доходів. Усі члени сім'ї, яким виповнилося 18 років, повинні розкрити свої доходи. Якщо ви не можете надати документи, ви можете подати письмову підписану заяву з описом ваших доходів.

Будь ласка, додайте ОДИН з наступних документів:

- Виписка про утримання за формою "W-2" та/або квитанції про поточну заробітну плату (3 місяці)
- Минулорічна декларація з податку на прибуток
- З останні банківські виписки
- Схвалення/відмова у праві на отримання Medicaid та/або медичної допомоги, що фінансується державою

Якщо ви безробітний, надайте ОДНУ з наступних умов:

- Схвалення/відмова у праві на отримання допомоги по безробіттю
- Допомога по безробіттю (за наявності)
- Схвалення/відмова у праві на отримання Medicaid та/або медичної допомоги, що фінансується державою

Якщо у вас немає довідки про доходи або немає доходу, будь ласка, прикріпіть додаткову сторінку з поясненням.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ

Ми використовуємо цю інформацію, щоб отримати повну картину вашого фінансового становища.

Щомісячні витрати на ведення домашнього господарства:

Оренда/іпотека \$ _____ Медичні витрати \$ _____

Страхові внески \$ _____ Комунальні послуги \$ _____

Інша заборгованість/витрати \$ _____ (аліменти, медичні витрати)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АКТИВИ

Ця інформація може бути використана, якщо ваш дохід перевищує 101% від Федеральних рекомендацій щодо бідності.

Поточний залишок на поточному рахунку
\$ _____

Залишок на поточному ощадному рахунку
\$ _____

Чи є у вашій родині інші активи?

Будь ласка, перевірте все, що стосується

☐ Акції ☐ облігації ☐ 401 тис. ☐ Медичні ощадні рахунки ☐ трасти

☐ Нерухомість (за винятком основного місця проживання) ☐ Володіння бізнесом

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Будь ласка, прикріпіть додаткову сторінку, якщо є інша інформація про ваше поточне фінансове становище, яку ви хотіли б, щоб ми знали, наприклад, фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонний або тимчасовий дохід або особисті втрати.

УГОДА З ПАЦІЄНТОМ

Лікарня Колумбійського басейну/Сімейна медицина Колумбійського басейну

Форма заяви на отримання матеріальної допомоги – конфіденційна

Я розумію, що лікарня Columbia Basin Hospital може перевіряти інформацію, переглядаючи кредитну інформацію та отримуючи інформацію з інших джерел, щоб допомогти у визначенні права на фінансову допомогу або плани оплати.

Я стверджую, що наведена вище інформація є правдивою та правильною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо фінансова інформація, яку я надаю, буде визнана неправдивою, результатом може бути відмова у фінансовій допомозі, і я можу нести відповідальність за надані послуги та зобов'язаний оплачувати їх.

Підпис особи, яка звертається

Дата