

Бланк інструкцій по заявці на благодійну допомогу / фінансову допомогу

Це є бланк заявки на фінансову допомогу (також відому як благодійну допомогу) в Медичному Центрі Лікарні Overlake (ОНМС) та / або в Медичній Клініці Overlake LLC (ОМС)

Штат Вашингтон вимагає, щоб всі лікарні надавали фінансову допомогу людям та сім'ям з певним доходом на сім'ю. Можливо, ви маєте право на безплатні послуги або послуги за зниженими тарифами залежно від розміру сім'ї та доходу, навіть якщо у вас є страховий поліс. З полісом фінансової допомоги можна ознайомитись на www.overlakehospital.org/financialpolicies

Що покриває фінансова допомога? Фінансова допомога покриває певні послуги, які надаються ОНМС та/ або ОМС, залежно, чи ви маєте на них право. Фінансова допомога може не покрити всі послуги на здоров'я, особливо, якщо ці послуги були надані іншими організаціями.

Якщо у вас є запитання по заповненню цієї заявки: Будь ласка, дзвоніть координатору по фінансовій допомозі за тел. 425-635-6239. Ви зможете отримати допомогу з будь-якої причини, включаючи інвалідність та мовний бар'єр.

Для того, щоб вашу заяву розглянули, вам необхідно:

- Надати нам інформацію про вашу сім'ю.**
Заповніть кількість членів сім'ї у вашій родині (сім'я включає в себе людей, що пов'язані за народженням, шлюбом, або усиновленням і що проживають разом)
- Надати нам інформацію про валовий помісячний дохід вашої сім'ї income (дохід до вирахування податків та відрахувань)**
- Надати документацію про дохід сім'ї**
- При необхідності, надайте додаткову інформацію**
- Підпишіть заяву та поставте дату**

Замітка: Для подання заяви на фінансову допомогу немає необхідності вносити номер соціального забезпечення. Але якщо ви внесете номер соціального забезпечення, то процес перегляду вашої справи ускориться. Номер соціального забезпечення використовується для перевірки інформації, яку ви нам надали. Якщо у вас немає номера соціального забезпечення, будь ласка, відмітьте у графі "не стосується" або "НС."

Заяву відправте разом з іншими документами по пошті або факсом до:

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

Ви можете використати прикладений конверт.
Обов'язково залишіть собі копію заяви.

Ми повідомимо вам про остаточне вирішення про право та ваші права на апеляцію, при бажанні подати на апеляцію, зробіть це протягом 14 календарних днів з часу отримання заяви на фінансову допомогу, також прикладіть документацію про ваш дохід.

При подачі заяви на фінансову допомогу, ви надаєте нам право робити необхідні inquiries to confirm financial obligations and information.

Ми хочемо допомогти. Будь ласка, подавайте заяву терміново!
Ви можете отримати повідомлення про фінансову відповідальність доки ми
приймаємо рішення про ваше право на допомогу.

Благодійна допомога/фінансова допомога – заява конфіденційна

Будь ласка повністю заповніть вашу інформацію. Якщо це вас не стосується, заповніть "НС." При необхідності прикладіть додаткові папери.

ПЕРВИННА ІНФОРМАЦІЯ

Вам потрібен перекладач? Так Ні Якщо Так, то вкажіть потрібну мову:

Пацієнт подав на програму Medicaid? Так Ні Можливо необхідно в першу чергу подати на цю програму перед тим, як отримати фінансову допомогу

Пацієнт в даний час бездомний? Так Ні

Чи пов'язані медичні послуги пацієнта з автомобільною аварією або травмою на роботі? Так Ні

ПРИЙМІТЬ ДО УВАГИ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, якщо подасте заяву.
- Після того, як ви надішлете вашу заяву, ми можемо перевірити всю інформацію і можемо попросити додаткову інформацію або доказ про дохід.
- Протягом 14 календарних днів після того, як ми отримаємо вашу повністю заповнену заяву і документи, ми повідомимо вам, чи ви маєте право на фінансову допомогу.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ОСОБИ, ЩО ПОДАЄ ЗАЯВУ

Ім'я пацієнта	По батькові	Прізвище пацієнта
<input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Інше (вкажіть подробиці _____)	День народження	Номер соціального забезпечення (не обов'язково*) <small>*не обов'язково, але потрібно для більшої суми допомоги, вимоги законодавства штату Вашингтон [???]</small>
Особа, що несе відповідальність за виплату повідомлення про фінансову відповідальність	Ким приходиться пацієнту	День народження Номер соціального забезпечення (не обов'язково*) <small>*не обов'язково, але потрібно для більшої суми допомоги, вимоги законодавства штату Вашингтон [???]</small>
Домашня адреса		Основний номер телефону () _____ () _____ Електронна пошта: _____
Місто	Штат	Індекс
Статус працездатності особи, що несе відповідальність за виплату заборгованості за медичні послуги <input type="checkbox"/> Працюючий (Дата найму: _____) <input type="checkbox"/> Непрацюючий (Скільки часу не працюючий: _____) <input type="checkbox"/> Свій бізнес <input type="checkbox"/> Учень <input type="checkbox"/> Інвалід <input type="checkbox"/> На пенсії <input type="checkbox"/> Інше (_____)		

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Перечисліть членів сім'ї вашої родини, включаючи вас. "Сім'я" включає осіб, що є родичами за народженням, шлюбом, усиновленням і що проживають разом.

Кількість членів сім'ї _____

При необхідності прикладіть додаткові документи

Ім'я	День Народження	Ким приходиться пацієнту	Якщо 18 і старше: Ім'я роботодавця(ів) або джерело доходу	Якщо 18 і старше: Валовий помісячний дохід (до податкових відрахувань):	Також подаєте заяву на фінансову допомогу?

					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Необхідно надати джерела доходу від усіх дорослих членів сім'ї. Джерелами доходу можуть бути:

- Зарплатня - Безробіття - Свій бізнес - Виплати після травми на роботі - Інвалідність - Виплати малозабезпеченим престарілим - Аліменти на дитину/фін підтримка жінки
- Програма допомоги учням (учні) - Пенсія - Дохід з інвестицій - Інше (поясніть будь ласка _____)

Благодійна допомога/фінансова допомога – заява конфіденційна

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД

***ПАМ'ЯТАЙТЕ:** Ви зобов'язані додати до заяви інформацію про дохід.*

Ви мусите надати інформацію про дохід вашої сім'ї. Перевірка доходу необхідна для встановлення права на фінансову допомогу.

Всі члени сім'ї від 18 і старше мусять вказати їхній дохід. Якщо ви не можете документально підтвердити дохід, ви можете написати пояснення про дохід і підписати його, та прикласти до заяви. Будь ласка прикладіть докази про всі вказані джерела доходу.

Приклади доказів про джерела доходу:

1. Бланк форми про утримання відрахувань W-2;
2. 3 останні поточні чеки;
3. Декларацію про податки за останній календарний рік;
4. Бланки, що вказують про право на програму Medicaid або бланки з відмовою на програму Medicaid і / або право на медичну допомогу, профінансовану державою;
5. Відповіді на заявку, що стверджують або відмовляють у наданні допомоги по безробіттю;
6. Письмові заявки від роботодавців або від установ соціальної допомоги; або

- Листи підтримки від членів сім'ї, хто оплачує витрати на проживання заявника.

Якщо у вас немає доказів про дохід, будь ласка прикладіть додаткові сторінки з поясненням.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Будь ласка прикладіть додаткові сторінки, якщо у вас є додаткова інформація про вашу фінансову ситуацію на сьогоднішній день, що ви б хотіли, щоб ми дізнались про вас, наприклад важкий фінансовий стан, тимчасовий або сезонний дохід, або власні витрати.

КОНТРАКТ ПАЦІЄНТА

Я розумію, що Медичний Центр Лікарні Overlake та /Медичні Клініки Overlake LLC можуть перевірити інформацію, перевіряючи інформацію з кредитного бюро, та отримавши інформацію з інших джерел для прийняття рішення про право отримання фінансової допомоги або щомісячного плану витрат.

Я підтверджую, що інформація, вказана вище, є наскільки мені відомо точною і правдивою. Я розумію, що якщо я надам недостовірну інформацію, я отримаю відказ у наданні фінансової допомоги, і я буду нести фінансову відповідальність за отримані медичні послуги.

Підпис особи, що подає заяву

Дата