



SALEM HEALTH
An OHSU Partner

Нашему уважаемому пациенту,

Администрация и сотрудники учреждений здравоохранения системы «Salem Health» серьезно относятся к предоставлению медицинского обслуживания пациентам, которые могут не располагать денежными средствами в достаточном объеме. Если Ваше финансовое положение соответствует критериям для получения финансовой помощи, ответственность за оплату Вашего счета (-ов) может быть снята с Вас в размере до 100%. **В рамках этой программы оплате подлежат только необходимые по медицинским показаниям услуги учреждений здравоохранения системы «Salem Health» и не оплачиваются необязательные с медицинской точки зрения процедуры, рецептурные лекарственные препараты, услуги специалистов и/или врачей.**

Заявление на предоставление финансовой помощи является необходимым для медицинских учреждений системы «Salem Health» для внесения финансовых корректировок в баланс, имеющийся на Вашем счете (-ах). Пожалуйста, полностью заполните прилагаемый бланк заявления, а затем отправьте его обратно в администрацию системы учреждений здравоохранения «Salem Health» с подтверждающей документацией. **Непредоставление необходимой документации в отношении вашей семьи может привести к отказу в предоставлении Вам финансовой помощи.**

Вы получите уведомление о принятом решении по почте в течение 21 дня с момента получения заполненного бланка заявления и документации. Если для принятия решения по Вашему заявлению на предоставление финансовой помощи потребуется дополнительная информация или документация, Вы будете уведомлены об этих требованиях. **Любые другие потенциальные источники средств для оплаты медицинских расходов, такие как медицинское страхование, предоставляемое штатом, программа совместной оплаты части медицинских расходов/долевого участия застрахованного лица в оплате расходов, страхование ответственности, страхование от несчастного случая на производстве и т.д. должны быть исчерпаны до внесения корректировок в Ваш счёт (-а).**

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с сотрудниками Отдела по предоставлению финансовой помощи пациентам по телефону: (503) 562-4357. Вы также можете посетить наш офис, расположенный по адресу: 550 Хоторн Авеню, Юго-восток, Сейлем, Орегон 97301 (550 Hawthorne Ave. SE Salem, OR 97301) **или** отправить по факсу заполненный бланк заявления и документацию на номер: (503) 814-1998. Если вы хотите отправить заявление и документацию по почте, используйте нижеуказанный адрес почтового ящика. Наш адрес электронной почты: financial.counselors@salemhealth.org

С уважением,

Сотрудники Отдела по предоставлению финансовой помощи пациентам
Система учреждений здравоохранения «Salem Health» и больница в западной части долины реки Вилламетт «West Valley Hospital»
П/я 14001 (PO Box 14001)
Сейлем, Орегон 97309-5014 (Salem, OR 97309-5014)



SALEM HEALTH
An OHSU Partner

Информация о семье:

- Перечислите всех членов Вашей семьи, с которыми вы связаны кровными или брачными узами, или которые являются членами Вашей семьи в результате законного усыновления (удочерения).
- Семья может состоять из супружеской пары, состоящей в официально зарегистрированном браке и проживающей вместе или раздельно, пары, не состоящей в официально зарегистрированном браке и имеющей одного или более совместных детей; лиц, состоящих в гражданском партнёрстве, зарегистрированном в штате Орегон, и детей в возрасте до 18 лет.

Доход от трудовой деятельности или иной доход

- Укажите сумму совокупного (до уплаты налогов) дохода за последние три календарных месяца;
- Укажите сумму нетрудового дохода, выплачиваемую на детей-иждивенцев. Например, доход по социальному обеспечению, алименты, материальная помощь семьям, усыновившим детей, финансовая помощь для студентов;
- Укажите сумму дохода от процентов, дивидендов, облигаций и т.д.

Пожалуйста, прочтите внимательно

Вы должны предоставить: декларацию об уплате федерального подоходного налога за текущий год (формуляр 1040) **или** справку от Налогового управления США, подтверждающую факт о том, что Вы не подавали этой декларации

И все применимые к Вам документы: ___ Корешки чеков выплаты зарплаты Вам и супругу (-е)/гражданскому супругу (-е) за последние 3 календарных

___ Письмо с уведомлением о назначении дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI)/пособия Управления социального обеспечения (SSA)/ пособия по социальному обеспечению для лиц с ограниченными возможностями здоровья (SSD) за текущий год

___ письмо Управления по делам бывших военнослужащих о назначении пенсии

___ Пенсия ___ Аннуитетные выплаты

___ Если вы заявляете об отсутствии дохода, **пожалуйста, заполните и подпишите прилагаемый affidavit.**

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: _____



Заявление пациента на предоставление финансовой помощи

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: _____

Подávalи ли Вы когда-либо заявление на участие в программе льготного медицинского страхования штата Орегон Oregon Health Plan (Medicaid)? Да ___ Когда? _____ Нет ___

Участвуете ли вы в программе совместной оплаты части медицинских расходов/долевого участия застрахованного лица в оплате медицинских услуг? Да ___ Нет ___

Ответственное лицо

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ телефон _____

Номер дома и улица: _____ город _____ штат _____ почтовый индекс _____

Работодатель: _____ Период работы по найму _____

Сумма совокупного месячного дохода в долл. США _____

Другой источник дохода _____ Ежемесячная сумма в долл. США _____

Супруг (-а)/гражданский супруг (-а)

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Телефон _____

Работодатель: _____ Период работы по найму _____

Сумма совокупного месячного дохода в долл. США _____

Другой источник дохода _____ Ежемесячная сумма в долл. США _____

Дети

Полное имя _____ Дата рождения _____ Характер родства _____

Полное имя _____ Дата рождения _____ Характер родства _____

Полное имя _____ Дата рождения _____ Характер родства _____

Полное имя _____ Дата рождения _____ Характер родства _____

Медицинские расходы (кроме страховых премий* Мы можем потребовать подтверждение этих сумм* Ежемесячная сумма медицинских расходов в долл. США _____ Ежемесячная сумма доплаты за лекарственные препараты в долл. США _____

Сумма дополнительного источника дохода в долл. США: _____ в месяц *приложите документ, подтверждающий эту сумму (доход от сдаваемой в аренду недвижимости, выплаты по программе социального страхования, пенсия, пособие по безработице и т.д.)

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная в настоящем документе, является верной и точной по имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что эта информация будет использоваться для установления моей способности оплачивать услуги, оказываемые мне в учреждениях здравоохранения системы «Salem Health». Настоящим я даю разрешению работникам учреждений системы здравоохранения «Salem Health» получать, разглашать или действовать на основании финансовой информации, а также проводить проверку точности и верности информации, предоставленной в настоящем документе. Проверка будет заключаться в обращении в письменной форме или по телефону к лицам, фирмам, корпорациям и т.д., указанным Вами в этом документе, содержащем информацию финансового характера. В проверку может также быть включена анализ Вашей кредитной истории. Настоящим я освобождаю уполномоченных сотрудников больницы и все стороны, которые предоставляют информацию по требованию персонала больницы, от ответственности за любые действия или бездействие, обмен информацией или её разглашение, осуществляемые в соответствии с требованиями этого расследования. **Я понимаю, что предоставление ложной информации автоматически лишает меня права претендовать на какую-либо помощь.**

Подпись ответственного лица: _____ Дата: _____

Подпись супруга (-и)/гражданского супруга (-и): _____ Дата: _____



SALEM HEALTH
An OHSU Partner

_____ (Ф.И.О. печатными буквами),

подтверждаю, что в течение следующего периода времени:

с _____ до настоящего времени, у меня не было дохода или источников получения денежных средств, и я получал (-а) помощь от _____ (имя лица или название приюта).

Я удостоверяю подлинность информации в настоящем заявлении на предоставление мне финансовой помощи, на которую я могу претендовать из-за своего финансового положения. Я понимаю, что, если это удостоверение окажется ложным в каком-либо материальном аспекте, администрация системы учреждений здравоохранения «Salem Health» отозвать всю предоставленную мне финансовую помощь и признать меня лично ответственным (-ой) за оплату моих медицинских расходов.

_____ Дата _____

Подпись ответственного лица

_____ Дата _____

Подпись лица, сопровождающего пациента

_____ Телефон: _____

Ф.И.О. печатными буквами