



**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

Номер медицинской карты:

Уважаемый пациент!

Медицинский центр Salem Health стремится оказывать медицинскую помощь пациентам, не имеющим достаточных финансовых средств. Если у Вас есть право на получение финансовой помощи, мы можем не списывать часть суммы (до 100%) с Вашего счета (счетов). **Данная программа распространяется только на необходимую медицинскую помощь, оказываемую в больницах и клиниках медицинского центра Salem Health. Программа не предусматривает оплату плановых процедур, рецептов на лекарственные препараты и сборов за услуги врачей-специалистов или врачей частной практики.**

Медицинский центр Salem Health должен получить от Вас заявление на получение финансовой помощи для того, чтобы скорректировать остаток на Вашем (Ваших) счете (счетах). Пожалуйста, заполните все графы в прилагаемой форме, прикрепите к ней требуемую документацию и отправьте ее в медицинский центр Salem Health.

В течение 21 дня после получения от Вас заявления мы отправим Вам по почте письмо с решением или запросом о предоставлении дополнительных документов. **Прочие потенциальные источники оплаты, например, государственное медицинское страхование, программы совместной оплаты медицинского обслуживания/долевого участия в расходах, страхование ответственности, пособие по нетрудоспособности и др. должны быть полностью использованы до корректировки Вашего (Ваших) счета (-ов).**

Подаявая заявление на получение финансовой помощи, Вы подтверждаете свое согласие с тем, что мы имеем право направлять необходимые запросы с целью подтверждения финансовых обязательств и информации.

Если у Вас возникли вопросы, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки по вопросам получения финансовой помощи по телефону: (503) 562-4357.

- Вы можете посетить наш офис по адресу: 550 Hawthorne AVE SE Salem, OR 97301
- Вы можете отправить заполненное заявление и документы по факсу: (503) 814-1998.
- ***или*** отправить заявление по почте на нижеуказанный абонентский ящик.

С уважением,
Служба поддержки по вопросам получения финансовой помощи
Центр Salem Health и больница West Valley Hospital
а/я 14001
Salem, OR 97309-5014
financial.counselors@salemhealth.org

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

Номер медицинской карты:

Для обработки Вашего заявления мы должны получить от Вас:

1. Налоговую декларацию об уплате федеральных налогов за текущий год, включая все страницы и приложения. Если Вы являетесь предпринимателем, укажите налоги на предпринимательскую деятельность/прибыль организаций, начисленные за текущий год. Пожалуйста, не отправляйте заполненные от руки налоговые декларации, формы W-2 или декларации со сведениями о налогах, взимаемых штатом, поскольку мы не принимаем такие документы.

-ИЛИ-

2. Если Вы не подавали налоговую декларацию за текущий год, Вам необходимо получить письмо, подтверждающее этот факт, от Налогового управления США. Чтобы обратиться в Налоговое управление США за получением этого письма, необходимо позвонить по телефону: 1-800-829-1040, либо посетить местное подразделение Налогового управления.

Если Вы получаете доход из нижеуказанных источников, пожалуйста, приложите копии соответствующих документов к Вашему заявлению.

3. Квитанции о начислении заработной платы от Вашего работодателя за последние три (3) месяца. Не отправляйте нам сведения о зачисленных на счет средствах или банковские выписки, поскольку мы должны видеть общую сумму выплат (до вычета налогов и удержаний).
4. Письмо о назначении пособия от Службы социального обеспечения за текущий год. Просьба не присылать банковские выписки.
5. Письмо о назначении пенсионного пособия за текущий год. Просьба не присылать банковские выписки.
6. Письмо о назначении пособия от Министерства по делам ветеранов США. Просьба не присылать банковские выписки.
7. Письмо о назначении ежегодных пенсионных выплат. Просьба не присылать банковские выписки.
8. Письмо о назначении пособия по безработице. Просьба не присылать банковские выписки.
9. Письмо о назначении пособия на ребенка. Просьба не присылать банковские выписки.
10. Письмо о выплате алиментов или судебные документы.
11. Письмо о назначении финансовой помощи студентам.
12. Письмо о назначении краткосрочного страхового пособия по случаю утраты трудоспособности. Просьба не присылать банковские выписки.
13. Письмо о назначении долгосрочного страхового пособия по случаю утраты трудоспособности. Просьба не присылать банковские выписки.

Если Ваша семья не пользуется вышеуказанными источниками дохода, обратитесь в наш офис по телефону: 503-562-4357 (вариант №3), чтобы узнать, имеете ли Вы право получать помощь по программе Oregon Health Plan, и мы окажем Вам помощь в подаче заявления на участие в программе Oregon Health Plan.

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

Просьба заполнить все графы. Если это невозможно, укажите «Н/Д» («нет данных»). При необходимости используйте дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли Вам переводчик? Да Нет Если «Да», укажите язык:

Подавал ли пациент заявление на участие в программе Medicaid? Да Нет

Получает ли пациент государственные услуги от властей штата, например, по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF), Программе обеспечения основными продуктами питания (Basic Food) или Программе помощи женщинам, младенцам и детям из семей с недостаточным доходом (WIC)? Да Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным? Да Нет

Связана ли необходимость получения медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? Да Нет

ПРИМЕЧАНИЕ

- Мы не можем гарантировать Вам право на получение финансовой помощи даже в случае подачи заявления.
- После отправки Вами заявления мы сможем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию, либо подтверждение доходов.
- В течение 21 календарного дня после получения от Вас заполненного заявления и документов мы сообщим Вам, имеете ли Вы право на получение помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента		Второе имя пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (указать _____)		Дата рождения		Номер карточки социального обеспечения пациента (необязательно)	
Лицо, отвечающее за оплату счета		Кем является пациенту	Дата рождения	Номер карточки социального обеспечения (необязательно)	
Почтовый адрес				Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона	
_____				() _____	
_____				() _____	
Город	Штат	Почтовый индекс		Адрес электронной почты:	
Сведения о занятости лица, отвечающего за оплату счета					
<input type="checkbox"/> Работает (дата приема на работу: _____)		<input type="checkbox"/> Не работает (период отсутствия трудоустройства _____)			
<input type="checkbox"/> Самозанятый (_____)		<input type="checkbox"/> Студент		<input type="checkbox"/> Инвалид	
		<input type="checkbox"/> Пенсионер		<input type="checkbox"/> Другое	

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов Вашей семьи, включая Вас самих. Термин «семья» включает проживающих совместно лиц, связанных отношениями рождения, брака или усыновления (удочерения).

СОСТАВ СЕМЬИ _____

При необходимости

используйте дополнительную страницу.

Имя	Дата рождения	Кем является пациенту	Если лицо достигло 18 лет: Данные о работодателе (-ях) или источник дохода	Если лицо достигло 18 лет: Общий ежемесячный валовый доход (до уплаты налогов):	Подается ли также заявление на получение финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать информацию о доходах всех совершеннолетних членов семьи. Источники дохода включают, например:

- Заработную плату - Пособие по безработице - Доход от самозанятости - Пособие по нетрудоспособности
- Пособие по инвалидности - Дополнительный доход по социальному обеспечению - Алименты, выплачиваемые на ребенка/супруга - Программы совмещения учебы и работы (студенты) - Пенсию
- Выплаты по пенсионному счету - Другое (*поясните _____*)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

ПОМНИТЕ: Вы должны приложить к заявлению подтверждение доходов.

Вы должны предоставить информацию о доходах своей семьи. Необходимо провести проверку доходов, чтобы определить необходимость предоставления финансовой помощи.

Все члены семьи, которым исполнилось 18 лет, должны раскрыть информацию о своих доходах. Если Вы не можете предоставить документы, Вы можете отправить подписанное Вами подтверждение с указанием своего дохода.

Просьба предоставить подтверждение по каждому установленному источнику дохода.

Примеры подтверждения дохода включают следующие документы:

- Форма «W-2» с выпиской об удержанных налогах; или
- Квитанции о начислении заработной платы (*за 3 месяца*); или
- Декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая приложения, если применимо; или
- Справки, подписанные работодателем или другими лицами; или
- Справка, подтверждающая/аннулирующая право на участие в программе Medicaid и/или получение медицинской помощи от властей штата; или
- Справка, подтверждающая/аннулирующая право на получение пособия по безработице.

При отсутствии подтверждения дохода или отсутствии дохода просьба представить пояснение на дополнительной странице.

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Эта информация нужна нам для того, чтобы получить более полное представление о Вашем финансовом положении.

Ежемесячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые взносы	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Прочая задолженность/расходы	\$ _____	<i>(алименты на ребенка, кредиты, лечение, другое)</i>	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий остаток на расчетном счете
\$ _____

Текущий остаток на сберегательном счете
\$ _____

Есть ли у Вашей семьи другие активы?

Отметьте все подходящие варианты

- Акции Облигации Накопительный пенсионный счет (401K)
- Медицинский (-е) сберегательный (-е) счет (-а) Доверительный (-е) фонд (-ы) Имущество (кроме основного места проживания)
- Предпринимательская деятельность

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Используйте дополнительную страницу, если хотите сообщить иную информацию о Вашем текущем финансовом положении, например, о затруднительном финансовом положении, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе или личном ущербе.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что больница Salem Hospital имеет право проверять информацию путем оценки сведений о кредитоспособности и получения информации из других источников для принятия решения о моем праве на получение финансовой помощи или участие в программах выплат.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является достоверной и точной. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация будет признана недостоверной, мне может быть отказано в финансовой помощи, я могу быть привлечен (-а) к ответственности и вынужден (-а) оплатить оказанные услуги.

Подпись Заявителя

Дата