



## Salem Health и Salem Health West Valley

### Административная (сокращенная) политика финансовой/благотворительной помощи и порядок ее осуществления

Salem Health стремится к тому, чтобы наши пациенты получали необходимую им медицинскую помощь независимо от их финансового положения. Вы можете претендовать на бесплатное или льготное медицинское обслуживание в зависимости от размера семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Вы также можете иметь право на участие в других государственных и общественных программах. Мы можем помочь вам узнать, можно ли с помощью этих программ (включая план медицинского страхования Oregon Health Plan) покрыть ваши медицинские счета, и помочь вам подать заявку на участие в этих программах.

**Что покрывается страхованием?** Мы предоставляем бесплатную медицинскую помощь и финансовую помощь пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи, по программе оплаты со скользящей шкалой скидок от 50 до 100% на услуги неотложной медицинской помощи и другие соответствующие услуги в больницах и клиниках Salem Health. Эта программа распространяется только на необходимую медицинскую помощь, предоставляемую в больницах и клиниках Salem Health. Она не распространяется на процедуры, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения, услуги, признанные неприемлемыми в рамках политики финансовой помощи, рецепты или оплату услуг врача, выставленную за пределами Salem Health. Неоплаченные остатки по всем неотложным и другим необходимым с медицинской точки зрения услугам имеют право на получение финансовой помощи. С пациента, имеющего право на финансовую помощь, не будет взиматься плата, превышающая суммы, обычно выставляемые пациентам, имеющим страховку.

**Соответствие критериям и определение права на получение помощи:** Вы имеете право обратиться за финансовой помощью в любое время до, во время или после предоставления услуг. Критерии, учитываемые при определении права на получение финансовой помощи, основаны на размере вашей семьи и\* валовом доходе семейства, основанном на Федеральных рекомендациях по уровню бедности (FPG). Вы можете иметь право на получение финансовой помощи после подачи заявления, как указано ниже:

Категория финансовой помощи (Доход в процентах от FPG)	Процентная скидка
<200%	100%
201%-300%	75%
301%-400%	50%
Катастрофическая скидка	100% остатков, превышающих 20% валового семейного дохода

\* Определение «валового дохода семейства» включает совокупный валовой ежемесячный доход всех лиц, юридически ответственных за счет или баланс пациента.

Вы получите письмо с уведомлением о принятии решения или письмо с просьбой о предоставлении дополнительных документов по почте в течение 21 дня после получения нами вашей заявки. Любые другие потенциальные источники оплаты, такие как государственное медицинское страхование, совместное медицинское страхование и совместное несение расходов на медицинское обслуживание, страхование гражданской ответственности, страхование от несчастных случаев на производстве и т. д., должны быть исчерпаны до получения

скидок. Финансовая помощь — это крайняя мера, и вы должны участвовать в процессе утверждения любого финансового решения, которое позволит оплатить счета пациента, чтобы иметь право на получение финансовой помощи.

Решения об оказании финансовой помощи действительны в течение 12 месяцев. Покрытие начинается за 240 дней до получения Salem Health заполненного заявления на финансовую помощь и заканчивается в последний день двенадцатого месяца, в котором было получено разрешение. Финансовая помощь будет применяться к счетам с открытым балансом в течение этого периода покрытия.

**Как подать заявку на получение финансовой помощи:** Любой пациент может подать заявку и предоставить подтверждающие документы через MyChart на сайте [www.salemhealth.org/fa-app](http://www.salemhealth.org/fa-app) или заполнить прилагаемое заявление полностью, включая необходимые документы, перечисленные ниже. Отправьте заявление по адресу: Salem Health, PO Box 14001, Salem, OR 97309. Вы также можете отправить заявление по электронной почте [financial.counselors@salemhealth.org](mailto:financial.counselors@salemhealth.org), по факсу 503-814-1998 или передать лично в главном кампусе больницы в корпусе А на 1-м этаже у стойки информации или в вестибюле West Valley у стойки регистрации.

**Подтверждающие документы могут включать следующее:**

- Налоговая декларация за текущий год, включая все страницы и таблицы
- Письмо из Налогового управления о подтверждении отсутствия налоговых обязательств
- Справку о заработной плате за последние три (3) месяца от вашего работодателя
- Письмо администрации социального обеспечения о присуждении пособия за текущий год
- Письмо о назначении пенсионного пособия за текущий год
- Письмо о награждении ветеранов
- Письмо о присуждении аннуитета
- Письмо о выплате пособия по безработице
- Письмо о присуждении алиментов
- Письмо о присуждении алиментов или судебных документы
- Письмо о присуждении финансовой помощи студентам
- Письмо о присуждении пособий по краткосрочной нетрудоспособности
- Письмо о назначении пособий по долгосрочной нетрудоспособности
- Письмо о «базовых потребностях», в котором указывается, как лица, не имеющие дохода, обеспечивают свои повседневные базовые жизненные потребности

Подаявая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы сделали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации. Если ваша семья не имеет перечисленных выше видов дохода, свяжитесь с нашим офисом по телефону 503-562-4357 (с опцией #3), чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в плане Oregon Health Plan, и мы поможем вам подать заявление.

По запросу можно получить перевод формы заявления, политики финансовой помощи и резюме на испанский, русский и чуукский языки. Чтобы бесплатно получить документы по почте, позвоните по телефону 503-562-4357 или посетите наш веб-сайт.

**Предположительная Правомочность и Определение:** Salem Health проверяет любого пациента/поручителя, 1) не имеющего государственной или частной медицинской страховки, 2) участвующего в государственной программе медицинской помощи или 3) задолжавшего больнице 500 долларов или более по одной платежной ведомости, до

того, как он получит платежную ведомость. Мы также проверяем всех пациентов перед тем, как отправить их в службу взыскания.

Предположительные благотворительные скидки определяются на основании Федеральных рекомендаций по уровню бедности (FPG) и законопроекта 3076 Палаты представителей штата Орегон, а также законопроекта 3320 Палаты представителей штата Орегон. Проверка на соответствие установленным требованиям может включать в себя проверку:

- (а) Существующие карты пациентов;
- (б) Информация, регулярно собираемая при регистрации или приеме пациента;
- (в) Информация, добровольно предоставленная пациентом;
- (г) Предыдущие корректировки финансовой помощи; и
- (д) Существующее право на участие в программах помощи. Примеры включают, но не ограничиваются: Medicaid, Программа дополнительной помощи в питании (SNAP), Программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF), Программа помощи женщинам, младенцам и детям (WIC), программы бесплатных обедов или завтраков, программы помощи малообеспеченным людям, потребляющим электроэнергию, или любые другие программы, которые проверяются по средствам и обоснованно отражают примерный доход семьи пациента.

Скорая помощь: Salem Health имеет специализированное отделение неотложной помощи и оказывает помощь при неотложных состояниях (согласно определению Закона о неотложной медицинской помощи и труде) без дискриминации в соответствии с имеющимися возможностями, независимо от того, способен ли пациент платить или имеет право на финансовую помощь.

Применимые поставщики: Скидки на финансовую помощь будут применяться к любому остатку(ам) задолженности перед больницами и клиниками Salem Health или наемными поставщиками услуг медицинской группы Salem Health. Поставщики, не относящиеся к штатным сотрудникам и оказывающие услуги в нашем учреждении, не обязаны учитывать наше решение о предоставлении финансовой помощи.

**Другие скидки и варианты помощи:**

- **Скидка для незастрахованных пациентов:** мы предлагаем скидку 50% для пациентов, у которых нет медицинской страховки.
- **Рассрочка:** любой остаток причитающихся с вас сумм подлежит погашению в течение 30 дней. Баланс можно оплатить любым из следующих способов: кредитной картой, в рассрочку, наличными, чеком или онлайн-оплатой счетов.
  - Если вам нужна оплата в рассрочку, настройте ее через MyChart или позвоните по номеру, указанному в платежной выписке, 503-814-2455.

**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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если «Да», укажите язык:</i>					
Подавал ли пациент заявление на участие в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Связана ли необходимость получения медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
ПРИМЕЧАНИЕ					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы не можем гарантировать Вам право на получение финансовой помощи даже в случае подачи заявления.</li> <li>После отправки Вами заявления мы сможем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию, либо подтверждение доходов.</li> <li>В течение 21 календарного дня после получения от Вас заполненного заявления и документов мы сообщим Вам, имеете ли Вы право на получение помощи.</li> </ul>					
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 индекс		Штат	Почтовый индекс	Адрес электронной почты:	
Сведения о занятости лица, отвечающего за оплату счета					
<input type="checkbox"/> <b>Работает</b> (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> <b>Не работает</b> (период отсутствия трудоустройства _____)					
<input type="checkbox"/> <b>Самозанятый</b> <input type="checkbox"/> <b>Студент</b> <input type="checkbox"/> <b>Инвалид</b> <input type="checkbox"/> <b>Пенсионер</b> <input type="checkbox"/> <b>Другое</b> ( _____ )					

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

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Под семьей подразумевается: одинокий человек; или супруги, гражданские партнеры, или родитель и ребенок младше 18 лет, проживающие вместе; и другие лица, за которых одинокий человек, супруг, гражданский партнер или родитель несет финансовую ответственность.

**СОСТАВ СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

*При необходимости*

<i>используйте дополнительную</i>  Имя	<i>страницу</i> 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: Медицинские расходы \$ \_\_\_\_\_

**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