Confluence Health

Інструкції із заповнення форми заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги

Це заява на отримання фінансової допомоги (також відомої як благодійна допомога) від Confluence Health.

Штат Вашингтон вимагає, щоб усі лікарні надавали фінансову допомогу людям і родинам, які відповідають певним вимогам щодо рівня доходу. Залежно від розміру та доходу вашої родини ви можете претендувати на безкоштовне медичне обслуговування або медичне обслуговування за зниженими цінами, навіть якщо маєте медичну страховку. https://www.confluencehealth.org/patient-information/financial-assistance/charity-care/

Що покриває фінансова допомога? Фінансова допомога покриває відповідні послуги лікарні, які Confluence Health надає залежно від вашої відповідності вимогам до надання такої допомоги. Фінансова допомога може не покривати всі витрати на медичне обслуговування, включно з послугами, що надаються іншими організаціями.

Якщо у вас є запитання, або вам потрібна допомога в заповненні цієї заяви: телефонуйте у відділ обслуговування пацієнтів за номером 509.436.4020. Ви можете отримати допомогу будь-якого характеру, зокрема допомогу у зв'язку з інвалідністю та послуги перекладача.

Що потрібно зробити, що вашу заяву розглянули

- ☐ **Надати нам інформацію про вашу родину.**

  Заповніть дані про кількість членів родини у вашому домогосподарстві (родина включає людей, пов'язаних родинним зв'язком, шлюбом або усиновленням, які мешкають разом).
- ☐ **Надати нам інформацію про валовий щомісячний дохід вашої родини (дохід до вирахування податків і відрахувань).**
- ☐ **Надати документальне підтвердження доходу родини.**
- ☐ **У разі необхідності надати додаткову інформацію.**
- ☐ **Підписати форму й зазначити дату.**

Надішліть заповнену заяву поштою або факсом з усіма документами на адресу: Patient Services Dept. Confluence Health PO Box 361 Wenatchee WA, 98807. Факс: 509.665.3494, ***адресат: «Charity Care»***. Обов'язково збережіть для себе копію.

Щоб особисто подати заповнену заяву, відвідайте один із зазначених нижче відділів обслуговування пацієнтів.
Omak Campus: 916 Koala Dr. Omak, WA 98841; робочі години: 7:00–16:00, понеділок — п'ятниця, номер телефону: 509.826.1800.
Moses Lake Campus 840 E Hill Ave Moses Lake, WA 98837; робочі години: 8:00–17:00, понеділок — п'ятниця, номер телефону: 509.764.6400.
Mares Campus: 820 N. Chelan Ave Wenatchee WA, 98801; робочі години: 8:00–17:00, понеділок — п'ятниця, номер телефону: 509.663.8711.

Ми повідомимо вас про остаточне рішення щодо відповідності вимогам для отримання допомоги та про права на апеляцію, якщо вони застосовуються, протягом 14 календарних днів після отримання заповненої заяви на отримання фінансової допомоги, а також документів, що підтверджують дохід.

Подаючи заяву на отримання фінансової допомоги, ви даєте нам свою згоду на виконання необхідних запитів для підтвердження ваших фінансових зобов'язань та інформації.

Ми хочемо допомогти. Не зволікайте з поданням заяви!
Рахунки можуть прийти до вас раніше, ніж ми отримаємо вашу інформацію.

Confluence HEALTH

Confluence Health

Форма заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги — конфіденційно

Внесіть всю інформацію повністю. Якщо щось не застосовується, напишіть «Н/З». Якщо потрібно, додайте сторінки.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ ПЕРЕВІРКИ

Чи потрібен вам перекладач? □ **Так** □ **Ні** *Якщо так, вкажіть бажану мову:*

Чи подавав пацієнт заяву на участь у програмі Medicaid? □ **Так** □ **Ні** *Може знадобитися подати заяву до розгляду питання про надання фінансової допомоги*

Чи отримує пацієнт послуги федеральної допомоги, як-от програма тимчасової допомоги нужденним родинам (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), базове харчування (Basic Food) або спеціальна додаткова програма харчування для жінок, немовлят і дітей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC)? □ **Так** □ **Ні**

Чи є пацієнт зараз бездомним? □ **Так** □ **Ні**

Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією чи виробничою травмою? □ **Так** □ **Ні**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви матимете право на фінансову допомогу, навіть якщо ви подасте заяву.
- Після того як ви надішлете заяву, ми перевіримо всю інформацію та можемо запросити додаткову інформацію або підтвердження доходу.
- Протягом 14 календарних днів після отримання заповненої заяви й документів ми повідомимо вам, чи маєте ви право на отримання допомоги

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА Й ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	По батькові пацієнта		Прізвище пацієнта
□ Чоловік □ Жінка □ Інше (можна вказати _____)	Дата народження		
Особа, відповідальна за оплату рахунку	Ким доводиться пацієнту	Дата народження	
Поштова адреса _____ _____ Місто Штат Поштовий індекс			Основний контактний номер (-и) ( ) _____ ( ) _____ Адреса електронної пошти: _____

Статус зайнятості особи, відповідальної за оплату рахунку
□ **Працює** (дата прийому на роботу: _____) □ **Безробітний (-а)** (як довго не працює: _____)
□ **Самозайнятий (-а)** □ **Студент (-ка)** □ **Людина з інвалідністю** □ **Пенсіонер (-ка)** □ **Інше** (_____)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РОДИНУ

Перерахуйте членів родини у вашому домогосподарстві, включно з вами. «Родина» включає людей, пов'язаних родинним зв'язком, шлюбом або усиновленням, які живуть разом.

РОЗМІР РОДИНИ _____ *Якщо потрібно, додайте сторінку.*

Прізвище, ім'я та по батькові	Дата народження	Ким доводиться пацієнту	Якщо виповнилося 18 років або більше: П. І. Б (назва) роботодавця (-ів) або джерело доходу	Якщо виповнилося 18 років або більше: загальний валовий щомісячний дохід (до вирахування податків):	Також подає заяву на отримання фінансової допомоги?
					Так/ні
					Так/ні
					Так/ні
					Так/ні

Confluence HEALTH

Confluence Health

Форма заяви на отримання благодійної/фінансової допомоги — конфіденційно

Необхідно зазначити доходи всіх дорослих членів родини. До джерел доходу відносяться, наприклад:

- заробітна плата;
- допомога через безробіття;
- самозайнятість;
- компенсація через травму на роботі;
- допомога у зв'язку з інвалідністю;
- програма додаткового доходу із соціального забезпечення (Supplemental Security Income, SSI);
- аліменти на дітей або чоловіка/дружину;
- програми на кшталт «Учись і працюй» (Work study programs) — для студентів;
- пенсія;
- виплати з пенсійного рахунку;
- інше *(поясніть_____)*

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД

ПАМ'ЯТАЙТЕ! *Ви повинні додати до заяви підтвердження доходу.*

Ви повинні надати інформацію про доходи вашої родини. Перевірка доходів необхідна для визначення розміру фінансової допомоги.

Усі члени родини віком від 18 років повинні повідомити про свій дохід. Якщо ви не можете надати документи, ви можете подати письмову заяву з описом вашого доходу. Надайте докази щодо кожного зазначеного джерела доходу.

Приклади підтвердження доходу включають:

- форму про утримання із заробітної плати «W-2»;
- квитанції про нарахування заробітної плати (*за останні 3 місяці*);
- податкова декларація з податку на доходи фізичних осіб за минулий рік, включно з графіками, якщо застосовується;
- письмові підтвердження з підписом від роботодавців або інших осіб;
- затвердження/відмову в праві на участь у програмі Medicaid і (або) програмі медичної допомоги, що фінансується штатом;
- затвердження/відмову в праві на отримання допомоги через безробіття.

Якщо у вас немає підтвердження доходу або немає доходу, додайте сторінку з поясненням

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ

Ми використовуємо цю інформацію, щоб отримати повніше уявлення про ваш фінансовий стан

Щомісячні витрати домогосподарства

Оренда/іпотека $ _____

Страхові внески $ _____

Інші борги/витрати $ _____ (*аліменти на дітей, кредити, ліки, інше*)

Медичні витрати $ _____

Комунальні послуги $ _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АКТИВИ

Цю інформацію може бути використано, якщо ваш дохід перевищує 200 % федерального прожиткового мінімуму

Поточний баланс розрахункового рахунку
$ _____

Поточний баланс ощадного рахунку
$ _____

Чи має ваша родина зазначені нижче активи?

Позначте все, що застосовується

- ☐ Акції
- ☐ Облігації
- ☐ Пенсійний рахунок 401K
- ☐ Медичний ощадний рахунок (-ки)
- ☐ Траст (-и)
- ☐ Нерухомість (за винятком основного житла)
- ☐ Власний бізнес

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Додайте сторінку, якщо є інша інформація про ваш поточний фінансовий стан, яку ви хотіли б повідомити, наприклад про фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонний або тимчасовий дохід або особисті втрати.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що *Confluence Health* може перевіряти інформацію шляхом перевірки кредитної історії та отримання інформації з інших джерел, щоб визначити право на отримання фінансової допомоги або планів оплати.

Я підтверджую, що вищезазначена інформація є правдивою та правильною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо надана мною фінансова інформація виявиться хибною, результатом може стати відмова у фінансовій допомозі, і я можу нести відповідальність за оплату наданих мені послуг.

_____ _____

Підпис особи, яка подає заяву Дата