



## Инструкции по подаче заявления о предоставлении финансовой помощи

Компания Legacy Health хочет оказывать финансовую помощь лицам и семьям, которые отвечают определённым требованиям. Возможно, у вас есть право на обслуживание бесплатно или со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и дохода даже в том случае, если у вас есть медицинская страховка. Для получения более подробной информации зайдите на наш веб-сайт [www.legacyhealth.org](http://www.legacyhealth.org) и наберите в строке поиска «финансовая помощь».

**Что покрывает финансовая помощь?** Предоставляемая больницей финансовая помощь покрывает соответствующие больничные услуги, предоставляемые компанией Legacy Health в зависимости от вашего права на их получение. Финансовая помощь может не охватывать все медицинские расходы, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Данная помощь покрывает стоимость услуги врачей и лабораторных исследований компании Legacy Health.

**Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении данного заявления, свяжитесь с Отделом по работе с клиентами:** Отдел по работе с клиентам по вопросам выставления счетов за услуги больницы 503-413-4048 (бесплатный номер телефона 800-495-7076). Отдел по работе с клиентам по вопросам выставления счетов за услуги врачей 503-413-3900 (бесплатный номер телефона 877-295-8702). Отдел по работе с клиентам по вопросам выставления счетов за лабораторные исследования 503-413-4420 (бесплатный номер телефона 800-233-3570). Вы можете получить помощь по любой причине, включая инвалидность и проблемы с языком.

**Для того, чтобы ваше заявление было принято к рассмотрению, вы обязаны:**

- Предоставить нам информацию о своей семье**  
Укажите количество членов семьи, проживающих в вашем доме (к семье относятся лица, являющиеся родственниками по рождению, в связи с браком или усыновлением и проживающие совместно).
- Предоставить нам информацию о валовом месячном доходе своей семьи (доходе до уплаты налогов и вычетов)**
- Предоставить документацию о доходе семьи и заявить об активах**
- При необходимости приложить дополнительную информацию**
- Подписать бланк и поставить дату**

**Примечание: Вы не обязаны указывать свой номер социального страхования, чтобы подать заявление о предоставлении финансовой помощи.** Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить процесс рассмотрения вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «не применимо» или «н/п».

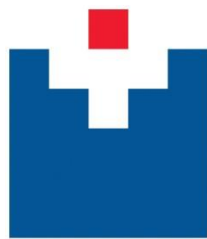
**Отправьте заполненное заявление со всей документацией по почте или факсу:** Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. Факс: 503-413-2753. Не забудьте сохранить у себя копию.

**Чтобы передать заполненное заявление в личном порядке:** Зайдите в любое отделение компании Legacy Health. Для того чтобы вам помочь, в больничных учреждениях работают консультанты по финансовым вопросам по предварительной записи.

Мы сообщим вам об окончательном решении о вашем соответствии требованиям и правах на обжалование в течение 14 календарных дней после получения заполненного заявления о предоставлении финансовой помощи, включая документальное подтверждение доходов.

Отправив заявление о предоставлении финансовой помощи, вы даёте нам разрешение на проведение необходимого расследования с целью подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Просим подать заявление незамедлительно!  
Пока мы не получим вашу информацию, вам будут приходить счета.**



# LEGACY HEALTH

## Бланк заявления о предоставлении финансовой

Полностью указывайте всю информацию. Если ответ не применим, указывайте «н/п». При необходимости приложите дополнительные страницы.

### СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, укажите предпочтительный язык:
Подал ли пациент заявление на участие в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предоставляются ли пациенту государственные услуги штата, такие как TANF, Basic Food или WIC? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент бездомным в настоящее время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли потребность пациента в медицинском обслуживании с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

### ПОМНИТЕ

- Мы не можем гарантировать ваше соответствие требованиям к предоставлению финансовой помощи даже в том случае, если вы подадите заявление.
- После того как вы отправите заявление, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительные сведения или документы, подтверждающие доходы.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего заполненного заявления и документации мы известим вас, отвечаете ли вы требованиям к предоставлению помощи.

### ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя пациента		Отчество пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательный)	
Лицо, отвечающее за оплату счёта		Отношение к пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательный)	
Почтовый адрес _____ _____				Основной контактный номер (номера) ( ) _____ ( ) _____	
Город	Штат	Почтовый индекс		Адрес электронной почты: _____	
Статус занятости лица, отвечающего за оплату счёта <input type="checkbox"/> Работает (дата трудоустройства: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (в течение какого времени: _____) <input type="checkbox"/> Владелец собственного бизнеса <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое ( _____ )					

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов семьи, проживающих в вашем доме, включая себя. Термин «семья» включает лиц, являющихся родственниками по рождению, в силу брака или усыновления и проживающих вместе.

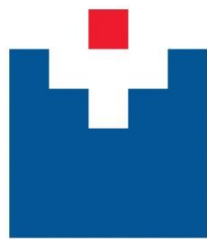
РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_

При необходимости приложите дополнительную страницу

ФИО	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Если лицу 18 или более лет: Наименование работодателя(ей) или источник дохода	Если лицу 18 или более лет: Общий валовой месячный доход (до уплаты налогов):	Также подаёте заявление о финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать доход всех членов семьи. К числу источников дохода может относиться, например, следующее:

- Заработная плата
- Пособие по безработице
- Собственный бизнес
- Компенсация служащим, получившим травмы на работе
- Пособие по инвалидности
- Пособие социального обеспечения (SSI)
- Пособие на содержание ребёнка/супруга
- Программа «Учись и работай» (студенты)
- Пенсия
- Отчисления с пенсионного счёта
- Другое (поясните \_\_\_\_\_)



# LEGACY HEALTH

## Бланк заявления о предоставлении финансовой помощи

### ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** К заявлению следует приложить документальное подтверждение доходов.

Вы обязаны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения финансовой помощи требуется проверка доходов.

**Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше обязаны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, то вы должны представить письменное подписанное заявление с описанием своего дохода. Приложите подтверждение в отношении каждого указанного источника дохода.**

**Примеры подтверждения дохода включают:**

- Справка об удержанном налоге по форме «W-2»; или
- Текущие платёжные квитанции (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация за прошлый год, включая в соответствующих случаях приложения; или
- Письменные подписанные заявления работодателей или других лиц; или
- Разрешение /отказ в отношении получения льгот по программе Medicaid и/или медицинской помощи за счёт средств штата; или
- Разрешение /отказ в отношении получения компенсации по безработице.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, приложите дополнительную страницу с пояснением.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное представление о вашей финансовой ситуации.

Месячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые выплаты	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____ (пособие на содержание ребёнка, кредиты, лекарства, другое)		

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Эта информация может использоваться в случае, если ваш доход на 101% превышает установленный Федеральный уровень бедности.

Текущий остаток на чековом счету  
\$ \_\_\_\_\_

Текущий остаток на сберегательном счету  
\$ \_\_\_\_\_

Есть ли у вашей семьи другие такие активы?

**Отметьте всё применимое**

- Акции  Облигации  401K  Медицинский сберегательный счёт(а)  Фонд(ы)  
 Недвижимое имущество (исключая основное место жительства)  
 Собственный бизнес

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если у вас имеется другая информация о вашей текущей финансовой информации, которую вы хотите довести до нас, например финансовые затруднения, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный характер доходов или личная утрата.

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что компания *Legacy Health* может проверить информацию путём ознакомления с кредитными данными и получения информации из других источников с целью определения соответствия требованиям к предоставлению финансовой помощи или планам оплаты.

Я подтверждаю, что приведённая выше информация, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что если будет установлено, что предоставленная мной финансовая информация является ложной, то это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и я, возможно, буду нести ответственность и иметь обязательство в отношении оплаты предоставленных услуг.

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявление

\_\_\_\_\_  
Дата