



Інструкції щодо заповнення форми заявки на отримання фінансової допомоги

Legacy Health прагне надати фінансову допомогу особам і сім'ям, що відповідають певним вимогам щодо розміру доходу. Ви можете мати право на отримання медичної допомоги безкоштовно чи зі знижкою залежно від розміру вашої родини та доходу, навіть якщо у вас є медичне страхування. Для отримання докладнішої інформації відвідайте вебсайт www.legacyhealth.org і введіть у рядку пошуку **financial assistance** (фінансова допомога).

Які випадки покриває фінансова допомога? Лікарняна фінансова допомога покриває необхідні послуги лікарні, що надаються Legacy Health, якщо ви маєте на це право. Фінансова допомога може не покривати вартість медичних послуг у повному обсязі, зокрема тих, що надані іншими організаціями. Ця допомога покриває послуги лікарів і лабораторії Legacy Health.

Якщо у вас виникли питання чи ви потребуєте допомоги в заповненні цієї заявки, зверніться в службу підтримки клієнтів: служба підтримки відділу рахунків лікарні тел. 503-413-4048 (безкоштовно 800-495-7076); служба підтримки з питань рахунків за послуги лікарів тел. 503-413-3900 (безкоштовно 877-295-8702); служба підтримки лабораторії тел. 503-413-4420 (безкоштовно 800-233-3570). Ви можете звернутися по допомогу для людей з інвалідністю чи з будь-яких інших питань, а також скористатися послугами перекладача.

Для обробки вашої заявки потрібно надати такі відомості:

- Інформація про сім'ю**
Укажіть кількість членів сім'ї, що живуть з вами в одному домі (зокрема пов'язаних родинним зв'язком, шлюбом або всиновленням, які мешкають разом)
- Щомісячний валовий дохід вашої сім'ї (до сплати податків і відрахувань)**
- Сімейний дохід і активи**
- Додаткові відомості (за потреби)**
- Підпишіть форму й укажіть дату**

Примітка. Не обов'язково вказувати номер соціального страхування в заявці на отримання фінансової допомоги. Якщо ви вкажете свій номер соціального страхування, це пришвидшить обробку вашої заявки. Номери соціального страхування використовуються для перевірки наданої нам інформації. Якщо у вас немає номера соціального страхування, укажіть «не застосовно» або «НЗ».

Заповнену заявку разом з усіма документами надішліть поштою або факсом на адресу: Legacy Health
PO Box 4037 Portland, OR 97208. Факс: 503-413-2753. Обов'язково залиште один примірник собі.

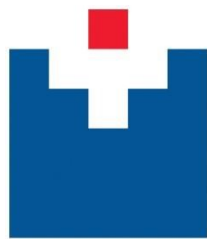
Щоб подати заповнену заявку особисто: Відвідайте один із закладів Legacy Health. У лікарнях можна домовитися про зустріч із консультантом із фінансових питань, який зможе надати вам допомогу.



Ми повідомимо остаточне рішення щодо вашого права на допомогу й, за потреби, на оскарження протягом 14 календарних днів після отримання від вас заповненої заявки на фінансову допомогу та документів про доходи.

Із поданням заявки на отримання фінансової допомоги ви надаєте свою згоду на здійснення з нашого боку запитів для підтвердження фінансових зобов'язань і наданої інформації.

**Ми хочемо допомогти. Не зволікайте з поданням заявки!
Рахунки надходять, доки ви не надішлете нам ваші дані.**



LEGACY HEALTH

Форма заявки на

отримання фінансової

допомоги

Надайте всі відомості в повному обсязі. Якщо певний пункт не застосовується, укажіть «НЗ». За потреби додайте сторінки.

ПОЧАТКОВА ПЕРЕВІРКА

Вам потрібен перекладач? Так Ні Якщо так, укажіть мову:

Пацієнт подав заявку для Medicaid? Так Ні

Чи пацієнт отримував державні послуги, як-от програма надання тимчасової допомоги нужденним родинам (TANF), програма забезпечення продуктами харчування (Basic Food) чи програма харчування жінок і дітей (WIC)? Так Ні

Пацієнт наразі є безхатьком? Так Ні

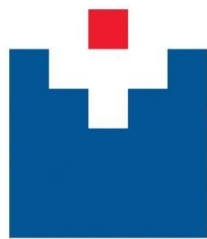
Чи пов'язана потреба пацієнта в отриманні медичних послуг з автомобільною аварією чи виробничою травмою? Так Ні

ПРИМІТКА

- Ми не гарантуємо, що ви матимете право на фінансову допомогу, навіть якщо заповните заявку.
- Отримавши вашу заявку, ми маємо право перевіряти всі відомості й запитувати додаткові дані чи підтвердження доходу.
- Протягом 14 календарних днів після отримання заповненої заявки та підтверджувальної документації ми повідомимо, чи маєте ви право на допомогу.

ДАНІ ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	Друге ім'я (по батькові) пацієнта		Прізвище пацієнта
<input type="checkbox"/> Чол. <input type="checkbox"/> Жін. <input type="checkbox"/> Інше (укажіть _____)	Дата народження		Номер соціального страхування пацієнта (необов'язково)
Особа, відповідальна за оплату рахунку	Ким доводиться пацієнту	Дата народження	Номер соціального страхування (необов'язково)
Поштова адреса _____ _____			Основні контактні номери () _____ () _____ Адреса ел. пошти: _____
Місто	Штат	Індекс	
Стан працевлаштування особи, відповідальної за сплату рахунку <input type="checkbox"/> Працює (дата прийому на роботу: _____) <input type="checkbox"/> Не працює (як довго безробітний: _____) <input type="checkbox"/> Самозайнята особа <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Інвалід <input type="checkbox"/> На пенсії <input type="checkbox"/> Інше (_____)			



LEGACY HEALTH

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Укажіть усіх членів вашої сім'ї, що мешкають разом, включно з вами. "Сім'єю" вважаються особи, пов'язані родинним зв'язком, шлюбом або всиновленням, які мешкають разом.

РОЗМІР СІМ'І _____

Додайте сторінки за потреби

Ім'я	Дата народження	Ким доводиться пацієнту	Віком від 18 років і старше: Назва / ім'я роботодавця або джерела доходу	Віком від 18 років і старше: Загальний валовий щомісячний дохід (до сплати податків):	Також подає заявку на фінансову допомогу?
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні
					Так / Ні

Потрібно вказати дохід усіх дорослих членів сім'ї. Джерелами доходу можуть бути:

- Зарплатня - Безробіття - Самозайнятість - Компенсація з непрацевдатності - Інвалідність
- Додатковий соціальний дохід - Допомога на дитину / подружні аліменти
- Програми підробітку під час навчання (студенти) - Пенсія - Виплати з пенсійного рахунку
- Інше (укажіть _____)

Форма заявки на отримання фінансової допомоги

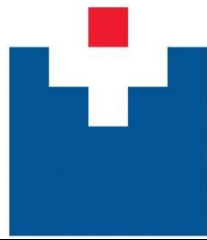
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД

ПАМ'ЯТАЙТЕ: ви повинні надати підтвердження доходу разом із заявкою.

Ви повинні надати інформацію про сімейний дохід. Перевірка доходу є обов'язковим етапом для визначення обсягу фінансової допомоги. Усі члени сім'ї віком від 18 років повинні вказати свій дохід. Якщо ви не можете надати документи, надайте письмово оформлену й підписану заяву з описом своїх доходів. Надайте підтвердження для кожного зазначеного джерела доходу. Приклади підтвердження доходу:

- Виписка про стягнення "W-2"
- Поточні платіжні квитанції (за 3 місяці)
- Податковий звіт за останній рік, за потреби з графіком
- Письмово оформлена й підписана заява роботодавця чи інших осіб
- Підтвердження / заперечення права на участь у програмі Medicaid та/або державній програмі медичного фінансування Підтвердження / заперечення права на виплати по безробіттю

Якщо ви не маєте доходу або не можете його підтвердити, додайте сторінку з поясненням.



LEGACY
HEALTH

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИТРАТИ

Ця інформація дасть нам цілісне уявлення про ваш фінансовий стан.

Щомісячні витрати родини:

Оренда / застава _____ дол. США

Медичні витрати _____ дол. США

Страхові платежі _____ дол. США

Комунальні послуги _____ дол. США

Інші заборгованості / витрати _____ дол. США (виплати на дитину, позики, ліки тощо)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АКТИВИ

Баланс на поточному рахунку на цей момент
_____ дол. США

Баланс на ощадному рахунку на цей момент
_____ дол. США

Чи володіє ваша сім'я зазначеними нижче активами?

Позначте всі застосовні пункти

- Акції Облігації 401K Медичні ощадні рахунки Трасти
 Нерухоме майно (окрім основного місця проживання)
 Власний бізнес

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Додайте сторінки, якщо вважаєте за потрібне надати нам інші відомості про ваш поточний фінансовий стан, як-от фінансові труднощі, значні медичні витрати, сезонний чи тимчасовий дохід, особиста втрата.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що Legacy Health може перевіряти мої кредитні дані й отримувати інформацію з інших джерел, щоб визначити, чи маю я право на фінансову допомогу чи платіжний план.

Я підтверджую, що надана мною інформація є правдивою й достовірною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо надана мною фінансова інформація виявиться хибною, мені може бути відмовлено в наданні фінансової допомоги, і я буду нести відповідальність за оплату наданих мені послуг.

_____ Дата
заявника

_____ Підпис