

Заявление на получение финансовой помощи от учреждений, зарегистрированных в Юте, Айдахо и Неваде

Контактная информация для отправки заявления
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:
Финансовая Помощи
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
ФАКС: 385-831-2890
ЭЛ. ПОЧТА: financial.assistance@r1rcm.com

Инструкции по заполнению формы

Форма должна быть заполнена полностью, и к ней необходимо приложить все обязательные документы. Форму с документами следует направить в медицинское учреждение Intermountain, где Вам была оказана помощь, либо одним из вышеуказанных способов. Подать заявление можно также онлайн через платформу MyChart. В случае неполного заполнения формы или отсутствия необходимых документов финансовая помощь предоставлена не будет.

Пожалуйста, предоставьте следующие документы:

1. подписанное заявление на получение финансовой помощи (необходимо заполнить все поля и указать дату);
2. подтверждение текущего дохода домохозяйства (см. ниже).

Номер счета _____ Количество человек в домохозяйстве _____ Статус бездомного(-ой) Да _____ Нет _____ В каком штате Вы проживаете? _____

Имя и фамилия _____ Номер социального страхования _____ Дата _____
Дата _____

Семейное положение: _____ Эл. почта: _____ Тел.: _____

Адрес _____ Город/округ _____ Штат _____ Индекс _____

Данные работодателя _____ Рабочий телефон _____

Стаж работы у текущего работодателя: _____ лет _____ месяцев

Частота выплат (отметить нужное): еженедельно _____ раз в две недели _____ два раза в месяц _____ Каждый месяц _____

Срок проживания по текущему адресу: _____ лет _____ месяца (месяцев) Если Вы проживаете по этому адресу **менее трех месяцев**, укажите предыдущий адрес:

Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	С (месяц/год)	По (месяц/год)

Имя и фамилия супруга (супруги) _____ Номер социального страхования супруга (супруги) _____ Дата рождения супруга (супруги) _____

Домашний телефон супруга (супруги) _____ Мобильный телефон супруга (супруги) _____

Название/имя и фамилия работодателя супруга (супруги) _____

Рабочий телефон _____ Стаж работы у текущего работодателя:

_____ лет _____ месяцев

Частота выплат (отметить нужное): еженедельно _____ раз в две недели _____ два раза в месяц _____ раз в месяц _____

Другие члены домохозяйства/иждивенцы. Если применимо, укажите еще не родившегося ребенка. Информацию о других иждивенцах следует указывать на отдельном листе. (Число членов домохозяйства должно соответствовать вышеуказанному значению)

Имя и фамилия	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится пациенту

--	--	--	--

Текущий ежемесячный валовый доход домохозяйства

Тип	Сумма на пациента	Сумма на супруга (супругу)	Другие совершеннолетние члены домохозяйства	Тип требуемого подтверждения дохода
Заработная плата (до вычета налогов)	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия последнего расчетного листа <u>или</u> письмо от работодателя(-ей) с указанием дохода за текущий или предыдущий месяц
Доход от самозанятости (до вычета налогов)	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Отчет о доходах и расходах либо бухгалтерские книги за текущий или предыдущий месяц Текущая налоговая декларация (если применимо)
Пенсия, доход от социального обеспечения	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия(-и) <u>последнего(-их)</u> уведомления(-й) о начислении выплат, выписок о пенсионных выплатах, выплатах с пенсионных счетов или других документов, подтверждающих ежемесячный доход
Пособие по безработице, пособие по нетрудоспособности и т. д.	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия(-и) <u>последнего(-их)</u> уведомления(-й) о начислении выплат
Другие источники дохода (<u>укажите</u>): _____ _____	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Примеры: чаевые, бонусы, комиссионные

Дополнительные вопросы Ответы на эти вопросы позволят избежать задержек в обработке Вашего заявления, обусловленных запросом дополнительной информации.

	Да	Нет
Получаете ли Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства какую-либо помощь от государства (например, продовольственные талоны, помощь по программе дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (WIC), бесплатные или льготные школьные обеды)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получаете ли Вы в настоящее время или планируете получить в будущем какую-либо медицинскую помощь в Intermountain Health Cancer Center?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли у Вас или кого-либо из членов Вашего домохозяйства медицинская страховка?	<input type="checkbox"/> Если да, укажите страховую компанию: _____ _____	<input type="checkbox"/>

<p>Подавали ли Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства заявку на регистрацию в программах Medicaid, Medicare, CHIP или CHIP+?</p> <p><i>Если заявка была отклонена, приложите письмо с информацией об отказе.</i></p>	<input type="checkbox"/> Если да, укажите дату подачи: ____	<input type="checkbox"/>
<p>Относятся ли счета, выставленные Вам нашими учреждениями, к медицинским услугам, оказанным в результате дорожно-транспортного происшествия или несчастного случая на производстве?</p>	<input type="checkbox"/> Если да, укажите страховую компанию: _____	<input type="checkbox"/>
<p>Являетесь ли Вы участником программы медицинского страхования Health Share или программы совместной оплаты медицинских услуг?</p>	<input type="checkbox"/> Если да, укажите сведения о совместной оплате расходов (EOS)	<input type="checkbox"/>
<p>Есть ли в Вашем домохозяйстве беременные?</p>	<input type="checkbox"/> Кто из женщин в домохозяйстве ожидает ребенка? _____ Укажите предполагаемую дату родов: _____	<input type="checkbox"/>

Мы просим пациентов, подающих заявки на получение финансовой помощи, также искать другие источники финансирования. Выберите вариант ответа: «да» или «нет».

- Компенсирует ли Вам работодатель расходы, связанные с невозмещаемым минимумом (франшизой) или медицинским обслуживанием? ___ Да ___ Нет
- Подавали ли Вы заявку на участие в других программах государственной помощи, например, предусматривающих выплаты жертвам преступлений? ___ Да ___ Нет

При необходимости используйте свободное поле ниже для разъяснения причин запроса финансовой помощи. Если Вам требуется дополнительное место, Вы можете изложить информацию на отдельном листе. Может потребоваться дополнительная проверка.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является достоверной и точной. Я понимаю, что в случае предоставления мной ложных сведений мое заявление в организацию Intermountain Health будет отклонено, а будущие запросы на получение финансовой помощи могут быть аннулированы.

Я понимаю, что Intermountain Health требует подтверждения доходов перед принятием решения о выделении финансовой помощи.

Подпись заявителя _____ Дата _____

Заявление на получение финансовой помощи заполнено в полном объеме, подписано, и в нем указана дата. Доход домохозяйства подтвержден.