

# Как подать заявку на финансовую помощь

## Инструкции по заполнению заявки

По закону все больницы должны оказывать финансовую помощь людям и семьям, отвечающим определенным требованиям. Вы можете получить бесплатное обслуживание или платить меньше за определенные услуги в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Ознакомьтесь с нашей политикой финансовой помощи можно по адресу [adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance)

## Что покрывает финансовая помощь

- Не все услуги отвечают требованиям, поэтому перед их получением нужно убедиться в покрытии услуги. Полный список услуг, **которые мы НЕ покрываем**, указан в нашей политике финансовой помощи по адресу [adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance)
- Учтите, что одобрение финансовой помощи НЕ гарантирует получение услуг.
- Если вы можете претендовать на участие в программе Medicaid или других программах, рекомендуем подать заявку на участие, ведь они могут давать больше привилегий.

## Этапы заполнения бланка



- 1 Заполните сведения о себе и своей семье.
  - Вам **НЕ** нужно указывать номер социальной страховки.
  - Под семьей мы понимаем одинокого человека, супружескую пару или зарегистрированного сожителя (даже если они не указаны в налоговой декларации), а также всех иждивенцев, указанных вами в налоговой декларации. Ребенок в возрасте до 18 лет обычно является иждивенцем. Примеры семей:
    - Совместно проживающие пары, состоящие в законном (или гражданском) браке, а также дети до 18 лет на их иждивении и все остальные лица, проживающие в семье или вне ее, которых пара указала в налоговых декларациях
    - Пары не состоящие в браке, имеющие одного и более общих детей, если ребенок является пациентом
    - Спонсируемый не гражданин, его спонсор и члены семьи спонсора
- 2 Заполните сведения о совокупном доходе вашей семьи (доход до налогов и вычетов).
- 3 Укажите и подтвердите наличие активов, чтобы мы могли проверить, имеете ли вы право на участие в программах Medicaid.
- 4 Добавьте все остальные запрошенные сведения.
- 5 Подпишите и поставьте дату на бланке финансовой помощи.

Для получения помощи в заполнении заявки звоните **503-494-8551**, Пн-Пт, 9:00-16:30.

## Документы, прилагаемые к бланку

---



Просим **направлять последние копии** всех документов ниже, применимых к вам. Мы **НЕ** сможем вернуть оригиналы документов

- Подтверждение проживания.** Предоставьте один из следующих документов: счет за коммунальные услуги на ваше имя, договор аренды жилья, выписку из ипотечного кредита на ваше жилье, копию водительских прав или удостоверения личности. Мы можем запросить дополнительное подтверждение проживания. *Вы должны быть жителем штата Орегон или граничащего округа штата Вашингтон (Бентон, Кларк, Колумбия, Каулитц, Кликитат, Льюис, Пасифик, Скамания, Вахкиакум, Уолла-Уолла и Якима) и не планировать переезд из этого региона.*
- Квитанции о зарплате** за 3 последних полных календарных месяца. Если у вас нет квитанций о зарплате, вы можете предоставить письмо от работодателя, в котором указан ваш совокупный доход за 3 последних полных календарных месяца. *Доход учитывается за месяц его получения (дату выплаты), а не за месяц заработка.*
- Налоговые декларации** за последний год, включая любые ведомости (например, ведомость С для доходов от самозанятости).
- Письмо о социальном обеспечении, ветеранстве, пенсиях** или аналогичный документ
- Определение требований** от Управления занятости штата
- Документ о **поддержке детей и/или поддержке супругов**
- Ведомость доходов от самозанятости или прибыли и убытков** за 3 последних полных календарных месяца
- Подтверждающие документы **другого источника дохода**, указанного в заявке, включая доход от процентов или дивидендов, или другой периодический источник дохода
- Выписки из банка/кредитного союза; расчетные и накопительные счета**
- Денежный вклад (Cash Deposit, CD), акции, облигации** или выписки с инвестиционных счетов

## Заполните бланк

---



- Мы сообщим, имее ли вы право на финансовую помощь, в течение **3 недель** после получения заполненной заявки и необходимых документов.
- Вы можете по-прежнему получать счета, пока заявка находится на рассмотрении.

### Почта:

Oregon Health & Science University  
Patient Financial Services, RPB07 3181 SW  
Sam Jackson Park Road Portland, OR  
97239-3098

**Факс:** 503-418-2377

**Email:** sfr@ohsu.edu

### Для личной подачи:

Звоните по номеру 503-494-8551, чтобы  
определить  
ближайший адрес



## Бланк заявки на финансовую помощь

Пожалуйста, укажите все данные полностью. Если не применимо, пишите «Н/П». Если нужно, приложите дополнительные страницы.

### ДАнные СКРИНИНГА

Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите нужный язык: _____
Пациент подавал заявку на Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пациент получает государственные услуги от штата, такие как выплаты по программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), базовой продовольственной помощи (Basic Food) или помощи женщинам, младенцам и детям (Women, Infants and Children, WIC)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
У пациента сейчас нет жилья? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потребность пациента в медицинской помощи связана с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В какое учреждение пациент обращается за финансовой помощью? <input type="checkbox"/> Adventist Health Portland <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> Орегонский университет здоровья и науки (Oregon Health and Science University, OHSU)

### УЧТИТЕ

- ☒ Мы не можем гарантировать финансовую помощь, даже если вы подадите заявку.
- ☒ После направления заявки мы проверим информацию и можем запросить дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- ☒ В течение 21 календарного дня после получения заполненной заявки и документов мы сообщим, имеете ли вы право на получение помощи.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Иное (можно указать _____)	Дата рождения	Номер социального страхования пациента (необязательно)
Ответственный за оплату счетов	Кем приходится пациенту	Дата рождения
		Номер социального страхования (необязательно)
Почтовый адрес (укажите физический адрес, при отличии) _____ _____		Основные контактные номера ( ) _____ ( ) _____ Электронный адрес: _____
Город	Штат	Индекс
Статус занятости ответственного за оплату счетов _____		
<input type="checkbox"/> Трудоустроен (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (как долго не работает: _____)		
<input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Иное (_____)		

### СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Укажите членов семьи/дома, за которых несете финансовую ответственность, включая себя. Определения и примеры семьи указаны в инструкции.

#### РАЗМЕР СЕМЬИ \_\_\_\_\_

Если нужно, приложите страницу

Имя/фамилия	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Имя работодателя (работодателей) или источник дохода	Общий совокупный ежемесячный доход (до вычета налогов):	Также претендуете на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Следует указать активный и пассивный доход всех взрослых членов семьи. Укажите пассивный доход всех членов семьи, не достигших 18 лет. Источниками дохода являются, например:

- Зарплата - Пособие по безработице - Самозанятость - Компенсация работнику - Инвалидность - Дополнительный гарантированный доход (Supplemental Security Income, SSI) - Поддержка детей/супругов
- Программы рабочей стажировки (студенты) - Пенсия - Доходы с пенсионного счета - Иное (разъясните) \_\_\_\_\_



### СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

**ПОМНИТЕ:** к заявке нужно приложить справку о доходах.

Нужно предоставить информацию о доходах семьи. Для определения размера финансовой помощи нужна проверка доходов. Все члены семьи должны указать свои доходы. Представьте доказательства по каждому указанному источнику дохода. См. титульный лист для получения полного списка требований к доходу.

Примерами подтверждения дохода являются:

- актуальные квитанции о зарплате (за 3 месяца); и
- декларация о доходах за прошлый год, включая в применимых случаях приложения; и
- подписанные справки от работодателей или других лиц; и
- одобрение права/отказ в праве на Medicaid и/или медицинскую помощь от штата; и
- одобрение права/отказ в праве на компенсацию по безработице
- справки из финансовых учреждений

Если у вас нет дохода, приложите дополнительную страницу с объяснением.

### СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ

*Необязательно. Может применяться в некоторых ситуациях для более полной картины финансовой ситуации.*

Ежемесячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые выплаты	\$ _____	Коммунальные услуги	\$ _____
Другие долги/затраты	\$ _____ (поддержка детей, кредиты, лекарства, иное)		

### СВЕДЕНИЯ ОБ АКТИВАХ

*Эти сведения будут использоваться для определения права на участие в некоторых программах Medicaid. Они не применяются для определения размера финансовой помощи*

Текущий баланс расчетного счета \$ _____	Есть ли у вашей семьи другие активы? <b>Отметьте все, что применимо</b> <input type="checkbox"/> Акции <input type="checkbox"/> Облигации <input type="checkbox"/> Накопительный мед. счет <input type="checkbox"/> Фонд <input type="checkbox"/> Имущество (кроме основного жилья) <input type="checkbox"/> Свой бизнес
Текущий баланс сберегательного счета \$ _____	

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложите дополнительную страницу, если есть другие сведения о текущем финансовом положении, которые вы хотите сообщить, например, о финансовых трудностях, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе и личных убытках.

### ДОГОВОР С ПАЦИЕНТОМ

Я понимаю, что OHSU Health может проверять сведения через кредитные данные и получение информации из других источников, чтобы определить право на финансовую помощь или планы оплаты.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что недостоверность указанных финансовых данных может привести к отказу в финансовой помощи, а также к ответственности и оплате за оказанные услуги.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата