

Інструкція щодо оформлення заявки на отримання фінансової допомоги

Це заявка на отримання фінансової допомоги (також відомої як благодійна допомога) у PeaceHealth.

PeaceHealth надає фінансову допомогу відповідно до вимог штату та федерального законодавства особам і родинам, які відповідають певним вимогам щодо рівня їхнього матеріального забезпечення. Ви можете претендувати на безкоштовне обслуговування або обслуговування за пільговими цінами залежно від розміру своєї родини та рівня доходів, навіть якщо у вас є медична страховка. Ознайомитися з Політикою фінансової допомоги PeaceHealth та додатковою інформацією можна на сайті peacehealth.org.

На що поширюється фінансова допомога?

Фінансова допомога покриває відповідні лікарняні послуги, що надаються PeaceHealth, залежно від того, чи задовольняєте ви відповідним критеріям. Фінансова допомога може не покривати всі медичні витрати, зокрема послуги, що надаються іншими організаціями.

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заявки, зверніться до служби підтримки за номером 877-202-3597. Ви можете отримати допомогу з будь-якої причини, зокрема мовну підтримку або допомогу у зв'язку з інвалідністю.

Щоб ваша заявка була розглянута, ви повинні:

- надати нам інформацію про свою родину; (Зазначте кількість членів вашої родини, тобто людей, які пов'язані між собою народженням, шлюбом або усиновленням і які проживають разом.)
- надати нам інформацію про валовий місячний дохід своєї родини (дохід до сплати податків і відрахувань);
- надати документи про доходи родини;
- за потреби надати додаткову інформацію;
- підписати заявку та поставити на ній дату.

Примітка. Під час подання заявки на отримання фінансової допомоги вам не обов'язково надавати номер соціального страхування.

Однак якщо ви надасте цю інформацію, вашу заявку

Надішліть поштою, електронною поштою або факсом заповнену заявку з усіма документами на адресу:

PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Електронна пошта: financialassistance@peacehealth.org Факс: (360) 729-3047. Не забудьте зберегти копію для себе.

Щоб особисто подати заповнену заявку:

Зверніться до служби підтримки клієнтів, щоб дізнатися про найближчий пункт видачі за номером 877-202-3597.

Ми повідомимо вас про остаточне рішення щодо відповідності вимогам і права на апеляцію, якщо такі є, протягом 14 календарних днів після одержання повної заявки на отримання фінансової допомоги, включаючи документальне підтвердження доходу.

Подаючи заявку на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на те, щоб ми зробили необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

Ми хочемо вам допомогти. Будь ласка, подайте заявку якнайшвидше! Ви можете отримувати рахунки до тих пір, доки ми не отримаємо вашу інформацію.



Форма заявки на отримання фінансової допомоги від PeaseHealth — **КОНФІДЕНЦІЙНО**
Будь ласка, дайте відповіді на кожне запитання. Якщо запитання не стосується вас, залиште позначку «НА»
(Не застосовно). За потреби додайте додаткові сторінки.

БУДЬ ЛАСКА, НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ НА АДРЕСУ: PEASEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

Номер поручителя

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПЕРЕВІРКУ

- Чи потрібні вам послуги перекладу? Так Ні Якщо так, зазначте потрібну мову: _____
- Чи користується пацієнт державною соціальною допомогою, як-от Medicaid, TANF, Basic Food або WIC? (НА ВИБІР) Так Ні
- Чи є пацієнт на даний момент безхатченком? Так Ні Чи пов'язана потреба пацієнта в медичній допомозі з автомобільною аварією або виробничою травмою? Так Ні

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, навіть якщо ви подасте заявку.
- Після того як ви надішлете свою заявку, ми перевіримо всю інформацію та можемо попросити вас надати додаткову інформацію або підтвердження доходу.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	Ім'я по батькові пацієнта	Прізвище пацієнта
<input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Інше (уточніть):	Дата народження	Номер соціального страхування (не обов'язково)
Особа, відповідальна за оплату рахунків	Ким доводиться пацієнту	Дата народження
Примітка. Вам не потрібно надавати номер соціального страхування, щоб подати заявку на отримання фінансової допомоги		
Поштова адреса	Основний(-і) контактний(-і) номер(-и) телефону	
Місто	Штат	Поштовий індекс
) _____) _____ Адреса електронної пошти:		

Трудовий статус особи, відповідальної за оплату рахунка

- Працевлаштований(-а) Дата працевлаштування: _____ Безробітний(-а) Як давно: _____
- Самозайнятий(-а) Студент Особа з інвалідністю Пенсіонер Інше: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РОДИНУ

Зазначте членів своєї родини, включно з вами. Родина — це люди, які пов'язані між собою народженням, шлюбом або усиновленням і проживають разом **СКЛАД РОДИНИ** Використовуйте додаткові аркуші, якщо необхідно.

Ім'я та прізвище	Дата надання	Ким доводиться пацієнту	Якщо вам виповнилося 18 років або більше: Інформація про роботодавців або джерело доходу	Якщо вам виповнилося 18 років або більше: Сукупний ВАЛОВИЙ місячний дохід (до сплати податків):	Також подаєте заявку на фінансову допомогу?

Доходи всіх повнолітніх членів родини повинні бути вказані та підтвержені документально разом із заповненою заявкою. Приклади джерел доходу включають:

- Заробітна плата
- Допомога з безробіття
- Самозайнятість
- Компенсації працівникам
- Допомога з інвалідності
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Допомога на дітей / подружжя
- Робочі навчальні програми (для студентів)
- Пенсія
- Виплати з пенсійних рахунків
- Інші Поясніть, будь ласка:

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Будь ласка, скористайтеся додатковими аркушами, якщо ви хочете повідомити нам додаткову інформацію про свою поточну фінансову ситуацію, наприклад фінансові труднощі, надмірні медичні витрати, сезонний або тимчасовий дохід або особисту втрату.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

- Я розумію, що PeaseHealth може перевіряти інформацію, вивчаючи кредитну історію та отримуючи інформацію з інших джерел, щоб допомогти у встановленні права на отримання фінансової допомоги або платіжних планів.
- Я підтверджую, що вищенаведена інформація є достовірною та відповідає дійсності, наскільки це мені відомо. Я розумію, що якщо надана мною інформація буде визнана неправдивою, мені буде відмовлено у фінансовій допомозі та я нестиму відповідальність за надані послуги та буду зобов'язаний(-а) їх оплатити.
- Подаючи заявку на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на те, щоб ми зробили необхідні запити для підтвердження фінансових зобов'язань та інформації.

Підпис особи, яка подає заявку

Дата

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заявки, зверніться до служби підтримки за номером 877-202-3597. Ви можете отримати допомогу з будь-якої причини, зокрема мовну підтримку або допомогу у зв'язку з інвалідністю. Ознайомитися з Політикою фінансової допомоги PeaseHealth та додатковою інформацією можна на сайті peasehealth.org. **БУДЬ ЛАСКА, НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ЗАЯВКУ НА АДРЕСУ: PEASEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632**