



Ascension

[Date]

Уважаемый пациент/заявитель!

Сотрудники Ascension стремятся проявлять сострадание и оказывать персонализированную помощь всем пациентам, особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и привилегия заключается в возможности предлагать финансовую помощь пациентам. Финансовая помощь предоставляется только в случаях, когда речь идет об экстренных ситуациях или иных видах необходимой медицинской поддержки. Благодарим Вас за то, что доверили нам заботу о Вашем здоровье и здоровье Вашей семьи.

На основании Вашего запроса прилагаем к этому письму форму заявления о предоставлении финансовой помощи. Если Вы не отправляли запрос, проигнорируйте это письмо. Заполните форму с обеих сторон и не забудьте поставить подпись и дату, прежде чем отправлять ее нам. Если Вы подали заявку в течение последних шести месяцев и получили положительное решение, сообщите нам об этом: возможно, Вам не придется заполнять новую форму. К сожалению, мы не рассматриваем заявки, которые были отправлены более шести месяцев назад.

Вместе с заявкой Вы должны предоставить подтверждение дохода, получаемого лицами, которые проживают с Вами, и наличия у них активов.

Примеры подтверждения доходов и наличия активов:

- копии 3 последних зарплатных ведомостей от работодателя;
- копии последней налоговой декларации за год (включая приложения к ней, если Вы работаете не по найму);
- письмо, подтверждающее право на социальное обеспечение и/или трудовую пенсию;
- последняя налоговая декларация за год, составленная родителем или опекуном, если заявитель указан в ней в качестве иждивенца и его возраст составляет менее 25 лет;
- копия квитанции о выплате пособия по безработице;
- документ о предоставлении/отказе в предоставлении права на получение выплат по программе Medicaid и/или медицинской помощи, финансируемой государством;
- другие документы, подтверждающие доход.

Примеры подтверждения наличия активов:

- актуальные банковские выписки (по расчетным и сберегательным счетам) за последние 3 месяца;
- бумаги, подтверждающие инвестиционную деятельность, включая акции и облигации;
- документы об участии в целевых фондах;
- документы о наличии депозитных счетов денежного рынка;
- документы, подтверждающие участие в паевых инвестиционных фондах.

Если Вы получаете помощь от родственников или друзей или проживаете с ними, попросите их заполнить прилагаемую форму под названием «Письмо поддержки». Это не возлагает на них ответственность в связи с оплатой Ваших медицинских счетов. Так мы сможем узнать, в какой мере Вы способны оплачивать свои расходы на проживание. Если Вы не получаете помощь от родственников и друзей, в оформлении письма поддержки нет необходимости.

Наконец, мы имеем право проанализировать Ваши неоплаченные медицинские счета, чтобы определить Ваше право на получение финансовой помощи. Если Вы согласны на это, предоставьте нам документы о непогашенных ежемесячных расходах на медицинское обслуживание и покупку лекарственных препаратов, например, актуальные счета на оплату или выписки об остатке по счету.

Обратите внимание, что мы рассматриваем заявки только после получения: 1) заполненной формы, 2) подтверждения дохода, 3) подтверждения наличия активов и 4) неоплаченных медицинских счетов (если применимо). У нас нет возможности рассматривать заявки, содержащие неполную информацию.

Пожалуйста, учитывайте, что отправка заявки по электронной почте через Интернет небезопасна. Существует вероятность того, что информация, содержащаяся в электронном письме, может быть перехвачена и прочитана другими лицами, помимо получателя. Мы стремимся защищать персональные данные пациентов и обеспечивать их конфиденциальность. Поскольку заявка содержит Ваш номер социального страхования и другую личную информацию, мы настоятельно рекомендуем Вам воздержаться от ее отправки по электронной почте.

Пожалуйста, распечатайте заявку и сопроводительную документацию и отправьте их по следующему адресу (или передайте их лично в руки):

**Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240**

Мы всегда готовы помочь и стремимся предоставлять финансовую помощь всем пациентам, которые имеют на нее право. Если у Вас возникли вопросы по поводу этой заявки, оптимальных способов ее отправки или подтверждающих документов, позвоните одному из наших представителей по делам пациентов по номеру 904-308-7381.

С уважением,

Служба финансовой поддержки
пациентов Ascension

Форма Заявления на получение финансовой помощи



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Сведения о пациенте

(Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если это не применимо, в каждой отдельной строке заявления)

Дата _____ Номер пациента _____

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер социального страхования (необязательно) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

(Если указанный выше пациент является ответственным лицом, не заполняйте этот раздел).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер социального страхования (необязательно) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Информация о супруге ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер социального страхования (необязательно) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Зависимые лица ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

Имя _____	Дата рождения _____	Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____	Дата рождения _____	Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____	Дата рождения _____	Правоотношение с ответственным лицом _____
Имя _____	Дата рождения _____	Правоотношение с ответственным лицом _____

Количество взрослых и детей, проживающих в домашнем хозяйстве _____

Ежемесячный доход

(Заполните суммы в долларах в каждом следующем пункте. Укажите сумму в месяц в каждом пункте).

Полученный заявителем доход _____
Доход супруга(-и) заявителя _____
Пособия по социальному обеспечению _____
Пенсия / пенсионный доход _____
Пособие по инвалидности _____
Пособие по безработице _____
Компенсация работнику _____
Доход по процентам / дивидендам _____

Полученное пособие на ребенка _____
Полученные алименты _____
Доход от сдачи в аренду недвижимости _____
Продовольственные талоны _____
Полученные дивиденды целевого фонда _____
Другие доходы _____
Другие доходы _____
Общий валовой ежемесячный доход, долл. США _____

Ежемесячные расходы на проживание

Ипотека / аренда _____
Коммунальные услуги _____
Телефон (стационарный) _____
Сотовый телефон _____
Продовольственные товары / продукты питания _____
Кабельное ТВ / Интернет / Спутниковое телевидение _____
Платеж за автомобиль _____
Уход за ребенком _____

Пособие на ребенка / алименты _____
Кредитные карты _____
Счета за услуги врача / больницы _____
Страхование автомобиля / транспортных средств _____
Страхование дома / имущества _____
Медицинское страхование / Страхование от болезней _____
Страхование жизни _____
Прочие ежемесячные расходы _____
Всего ежемесячных расходов, долл. США _____

Активы

Наличные / сбережения / текущие счета _____
Акции / облигации / инвестиции / депозитные сертификаты _____
Другая недвижимость / второе жилье _____
Лодка / внедорожник / мотоцикл / транспортное средство для отдыха _____
Коллекционные автомобили / автомобили не первой необходимости _____
Прочие активы _____

Настоящим подтверждаю, что указанные выше сведения являются достоверными и полными. Настоящим уполномочиваю больницу при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Комментарии _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Письмо-разрешение

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Правоотношение к пациенту / заявителю _____

Адрес спонсора _____

К сведению Ascension:

Настоящим письмом подтверждаю, что (имя пациента) _____ получает мало или совсем не имеет дохода, и я помогаю оплачивать его/ее расходы на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной.

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора _____

Дата _____