



# 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):**

| Facility/Office where service was provided:                | Mail Completed Applications to:              |
|--|--|
| Ascension St. John Hospital                                | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus          | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension Providence Hospital, Novi Campus                 | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension Providence Hospital, Southfield Campus           | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension River District Hospital                          | 3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001 |
| Ascension Medical Group-Physician Services                 | 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

| Facility where service was provided:                       | Phone #      |
|--|--------------|
| Ascension St. John Hospital                                | 877-809-6191 |
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus          | 888-329-0421 |
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus | 888-329-0421 |
| Ascension Providence Hospital, Novi Campus                 | 800-878-2455 |
| Ascension Providence Hospital, Southfield Campus           | 800-878-2455 |
| Ascension River District Hospital                          | 888-329-0421 |

С уважением,

Служба финансовой поддержки  
пациентов Ascension



# Ascension

## Форма Заявления на получение финансовой помощи

### 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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 в системе социального страхования (по желанию) \_\_\_\_\_

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 семье \_\_\_\_\_

## 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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Ascension

## Письмо спонсора

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 \_\_\_\_\_