

Ф. И. О. Пациента: _____

№ Медкарты: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ОБСЛУЖИВАНИЕ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ. Заполнение настоящего заявления поможет Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) определить, можете ли вы получить обслуживание бесплатно или со скидкой, или найти прочие государственные программы, которые могут помочь вам оплатить медицинское обслуживание.

ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, НОМЕР ПОЛИСА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА ОБСЛУЖИВАНИЕ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ.

Однако Номер Полиса Социального Страхования необходим для некоторых государственных программ, включая Medicaid. Указывать Номер Полиса Социального Страхования необязательно, но это поможет больнице определить, есть ли у вас право на участие в каких-либо государственных программах. Заполните этот бланк и подайте лично, по почте, по электронной почте или по факсу, чтобы запросить бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой в течение 240 дней с даты выписки или получения амбулаторного обслуживания. Пациент подтверждает, что приложил все возможные усилия для предоставления всей запрашиваемой в заявлении информации, чтобы помочь NMHC определить право пациента на финансовую помощь.

ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, НО ВЫ СООТВЕТСТВУЕТЕ КРИТЕРИЯМ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ, ТО ВАМ НЕ НУЖНО ЗАПОЛНЯТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Отсутствие постоянного места жительства | Зачисление в программы содействия для лиц с низким доходом: |
| <input type="checkbox"/> Скончался, без имущества | |
| <input type="checkbox"/> Психическая недееспособность; отсутствует лицо, способное действовать от имени пациента | |
| <input type="checkbox"/> Право на участие в программе Medicaid; не наступила дата предоставления услуги | |
| <input type="checkbox"/> Программа по Обеспечению Питанием Женщин, Младенцев и Детей (WIC) | |
| <input type="checkbox"/> Программа Помощи по Обеспечению Дополнительным Питанием (SNAP) | |
| <input type="checkbox"/> Программа по Обеспечению Бесплатными Завтраками и Обедами в штате Иллинойс (LINEAP) | |

ЗАЯВИТЕЛЬ					
Ф. И. О. Заявителя		№ Полиса Социального Страхования		Дата рождения	
Домашний адрес		Город		Штат	Почтовый индекс
Номер домашнего телефона		Номер мобильного телефона		Адрес электронной почты	
Предпочтительный способ связи		<input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		<input type="checkbox"/> У меня нет постоянного места жительства	Годовой доход на семью
Семейное положение Заявителя		<input type="checkbox"/> Женат / замужем <input type="checkbox"/> Холост / не замужем <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец / вдова		Количество лиц, проживающих в вашей семье (согласно налоговой декларации)	
Сведения о занятости		<input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Самозанятый (-ая) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособный (-ая)		<input type="checkbox"/> Незанятый(-ая). Дата последнего рабочего дня: _____	
Работодатель				Номер телефона	
Адрес работодателя		Город		Штат	Почтовый индекс
Наименование программы страхования здоровья, предоставленной работодателем (включая COBRA)				<input type="checkbox"/> Медицинская страховка не предоставлена	

Заявление на Получение Финансовой Помощи

Ф. И. О. Пациента: _____

№ Медкарты: _____

СУПРУГИ / ПАРТНЕРЫ / РОДИТЕЛИ / ПОРУЧИТЕЛИ (если применимо)			
Степень родства <input type="checkbox"/> Супруг(-а) <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Поручитель <input type="checkbox"/> Другое: _____			
Имя, фамилия		№ Полиса Социального Страхования	Дата рождения
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Самозанятый (-ая) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособный (-ая) <input type="checkbox"/> Незанятый(-ая). Дата последнего рабочего дня: _____			
Работодатель			Номер телефона
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс
Наименование программы страхования здоровья, предоставленной работодателем (включая COBRA)			<input type="checkbox"/> Медицинская страховка не предоставлена

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ		
1. Есть ли у вас страховое покрытие или право на какой-либо полис медицинского страхования, включая страховку другой страны, страховку, приобретенную на Бирже Медицинского Страхования, льготы ветеранам, Medicaid и Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
а. Если «да», то укажите следующую информацию:		
Держатель Полиса	Страховщик	Номер Страхового Полиса
Держатель Полиса	Страховщик	Номер Страхового Полиса

АНКЕТА			
1. Вы были резидентом штата Иллинойс, когда получали обслуживание?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2. Вы гражданин другой страны, проживающий в штате Иллинойс по визе, выданной США?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
а. Если «да», то укажите тип визы. _____			
3. Вы хотели бы получить финансовую помощь для услуг, оказанных в нашем пункте неотложной помощи?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
4. Если вы с супругом(-ой) проживаете раздельно или разведены, ваш бывший супруг(-а) несет финансовую ответственность за медицинское обслуживание по соглашению о разделении или раздельном проживании?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Неприменимо			
5. Предоставленное лечение относится к чему-либо из указанного ниже?			
<input type="checkbox"/> Несчастный случай <input type="checkbox"/> Преступление <input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте <input type="checkbox"/> Другое: _____			
6. Вы наняли адвоката или подаете иск в связи с причинением травмы или заболеванием?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
а. Если «да», укажите следующее:			
_____		_____	
Ф. И. О. Адвоката		Номер Телефона Адвоката	
7. Вы уже подали заявление на участие в программе Medicaid (возможно, нам потребуется, чтобы вы это сделали)		<input type="checkbox"/> Да, ожидаю одобрения	<input type="checkbox"/> Да, не соответствую критериям участия <input type="checkbox"/> Нет
а. Если «нет», отметьте ниже все, что применимо:			
<input type="checkbox"/> Вам не более девятнадцати (19) лет	<input type="checkbox"/> Вам не менее шестидесяти пяти (65) лет	<input type="checkbox"/> Вы незрячий	
<input type="checkbox"/> Вы принимаете препарат для контроля диабета, повышенного артериального давления или противосудорожный препарат	<input type="checkbox"/> У вас инвалидность, присвоенная по решению Управления социального обеспечения	<input type="checkbox"/> Вы беременны <input type="checkbox"/> У вас проживающие с вами дети в возрасте не старше 19 лет	

Ф. И. О. Пациента: _____

№ Медкарты: _____

АКТИВЫ

1. Недвижимость. Укажите сведения о любой имеющейся недвижимости (<i>здания и (или) земельные участки</i>), которой вы владеете, не включая ваше основное место проживания.			
a.	Какова стоимость всех зданий и земельных участков за вычетом сумм задолженности за недвижимость?	_____	<input type="checkbox"/> Неприменимо
		долларов США	
i.	Вы получаете доход от этой недвижимости?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
b.	Какова стоимость земельных участков (без зданий) за вычетом сумм задолженности за недвижимость?	_____	<input type="checkbox"/> Неприменимо
		долларов США	
i.	Вы получаете доход от этой недвижимости?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2. Банковские счета / инвестиции. Укажите общий остаток по текущему счету для каждого из указанных ниже пунктов.			
a.	Расчетные / Сберегательные Счета / Счета Кредитного Кооператива:	_____	<input type="checkbox"/> Неприменимо
		долларов США	
b.	Прочие инвестиции (<i>облигации, ценные бумаги и т. п., исключая Индивидуальный Пенсионный Счет (IRA) и (или) другие пенсионные счета</i>):	_____	<input type="checkbox"/> Неприменимо
		долларов США	

Я заверяю, что, насколько мне известно, указанная в настоящем заявлении информация является достоверной и правильной. Я прошу предоставить мне любую помощь от штата, государства или региона, на получение которой я могу иметь право, чтобы оплатить настоящий больничный счет. Я понимаю, что предоставленные сведения могут быть проверены NMHC, и разрешаю NMHC обращаться к третьим лицам для проверки достоверности предоставленной в настоящем заявлении информации. Я понимаю, что, если я предоставлю ложные сведения в настоящем заявлении или заявление будет содержать иную существенную ошибку или упущение, я могу не получить право на финансовую помощь и лишиться любой предоставленной мне финансовой помощи, а также несу ответственность за оплату счета.

Подпись Заявителя

Подпись супруга(-и) / партнера / родителя / поручителя (если применимо)

Дата

Дата

Передайте заполненное заявление и подтверждающие документы по адресу:

Northwestern Memorial HealthCare

Кому: Financial Counseling (Отдел Консультирования по Финансовым Вопросам)

675 North Saint Clair, 2-110

Chicago, IL 60611

312.926.6906 или 800.423.0523 телефон

312.694.0447 факс

finapps@nm.org

Ф. И. О. Пациента: _____

№ Медкарты: _____

Подтверждающие Документы для Получения Финансовой Помощи

Предоставьте указанные ниже документы. Рассмотрение вашего заявления будет отложено или отменено, если не будут приложены какие-либо из обязательных документов. Если вы не можете предоставить документ, то напишите об этом разъяснительное письмо.

Основные документы:

- Налоговая документация. Предоставьте последнюю федеральную налоговую декларацию и форму W-2 или форму Налогового Управления США (IRS) 4506-Т «Запрос Копии Налоговой Декларации».
- Действительное выданное государством удостоверение личности с фотографией:
 - Водительское удостоверение, паспорт и т. п.
- Документ, подтверждающий проживание в штате Иллинойс. Предоставьте как минимум один из указанных ниже документов.
 - Действительное выданное штатом удостоверение личности с фотографией или водительское удостоверение
 - Недавняя квитанция об оплате коммунальных услуг с адресом в штате Иллинойс
 - Учетная карта избирателя штата Иллинойс
 - Текущая корреспонденция, направленная на адрес заявителя государственным органом или другим надежным отправителем
 - Письмо из приюта для бездомных
- Документация, подтверждающая доход. Предоставьте всю применимую документацию, указанную ниже.
 - Копии двух последних чеков или квитанций о начислении пособия по безработице
 - Копии двух последних чеков или квитанций о начислении заработной платы
 - Копии двух последних чеков или квитанций о начислении пособия от Управления социального обеспечения
- Документация, подтверждающая наличие активов. Предоставьте две последних выписки для всех расчетных, сберегательных счетов и счетов кредитного кооператива.
- Заполненное и подписанное заявление

Дополнительная / прочая документация:

- Документация, подтверждающая доход не в форме заработной платы. Предоставьте применимые документы из указанных ниже, только если вы не подавали налоговую декларацию за предыдущий календарный год или если любые из указанных источников дохода различаются между этим календарным годом и предыдущим.
 - Справка о доходе в форме алиментов
 - Справка о доходе от коммерческой деятельности
 - Справка о пенсионном доходе
- Для лиц, состоящих в браке или гражданском союзе. Предоставьте применимые документы из указанных ниже, относящиеся к супругу(-е) / партнеру
 - Документация, подтверждающая доход, в том числе не в форме заработной платы (как описано выше)
 - Федеральная налоговая декларация и форма W-2 или форма Налогового Управления США (IRS) 4506-Т «Запрос Копии Налоговой Декларации».
 - Последняя выписка для всех расчетных, сберегательных счетов и счетов кредитного кооператива
- Дополнительная / прочая документация (если применимо).
 - Для граждан другой страны: копия вашего паспорта и виза, выданная США
 - Карта медицинской страховки (копия с обеих сторон)
 - Письмо с одобрением / отказом на участие в программе Medicaid
 - Спонсорское письмо (то есть если ваши расходы на проживание оплачивает другой человек)