

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Учетный номер пациента (MRN) \_\_\_\_\_

### Вы можете получить обслуживание бесплатно или со скидкой.

Заполните данное заявление, чтобы помочь Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) определить, сможете ли вы:

- получить обслуживание бесплатно или со скидкой,
- воспользоваться услугами других государственных программ, которые помогут оплатить вам медицинское обслуживание.

### Если у вас нет медицинской страховки, вам не потребуется номер социального страхования для получения услуг бесплатно или со скидкой.

Номер социального страхования требуется для некоторых государственных программ, включая Medicaid. Вам необязательно предоставлять номер социального страхования, однако это поможет NMHC определить, есть ли у вас право на участие в каких-либо государственных программах.

Заполните данную форму и подайте лично либо перешлите ее по электронной почте или по факсу вместе со **всеми** необходимыми подтверждающими документами. Вы должны предоставить заполненное заявление и подтверждающие документы **в течение 240 дней** с момента выписки или получения амбулаторного обслуживания.

Вы подтверждаете, что добросовестно попытались подать заявление на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой в течение 240 дней с момента выписки или получения амбулаторного обслуживания. Вы подтверждаете, что добросовестно приложили все усилия для предоставления всей запрашиваемой в заявлении информации, чтобы помочь NMHC определить ваше право на получение финансовой помощи.

### Если у вас нет медицинской страховки и вы соответствуете определенным критериям, вам не нужно заполнять это заявление.

- ☐ У вас нет определенного места жительства.
- ☐ Пациент умер, не состоял в браке и не имел имущества
- ☐ Вы не в состоянии самостоятельно принимать решения (психическая недееспособность), и никто не может действовать от вашего имени.
- ☐ Вы имеете право на участие в программе Medicaid, но не имели этого покрытия в дату оказания услуги.

Укажите любые из перечисленных ниже программ, в которых вы участвуете.

- ☐ Программа дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (WIC)
- ☐ Программа дополнительной продовольственной помощи (SNAP)
- ☐ Программа по предоставлению бесплатных завтраков и обедов в штате Иллинойс
- ☐ Программа помощи в энергоснабжении домов в штате Иллинойс (LIHEAP)

Личная информация					
ФИО		Номер социального страхования		Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ)	
Домашний адрес		Город		Штат	
Почтовый индекс		Домашний телефон		Мобильный телефон	
Эл. почта		Предпочтительный способ связи		<input type="checkbox"/> У меня нет определенного места жительства	
<input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		Годовой доход домохозяйства			

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Учетный номер пациента (MRN) \_\_\_\_\_

Личная информация			
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен(-а) <input type="checkbox"/> Самозанятый(-ая) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Огр. возможности здоровья <input type="checkbox"/> Безработный(-ая) (укажите время последней работы) _____			
Работодатель			Номер телефона
Адрес работодателя	Город	Штат	Почтовый индекс
Наименование программы медицинского страхования, предоставленной работодателем (включая COBRA)			<input type="checkbox"/> Работодатель не предоставляет медицинскую страховку.

Страховое покрытие		
У вас есть медицинская страховка, или вы имеете право на медицинское страхование, включая следующее: <ul style="list-style-type: none"> <li>Международная медицинская страховка/страховка для путешествий</li> <li>Программы рынка медицинского страхования</li> <li>Пособия ветеранам</li> <li>Medicaid</li> <li>Medicare</li> </ul> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
<b>Если «Да», укажите:</b>		
ФИО лица, которое приобрело страховку (держатель полиса):	Страховая компания	Номер страхового полиса
ФИО лица, которое приобрело страховку (держатель полиса):	Страховая компания	Номер страхового полиса

Супруг, партнер, родитель или поручитель (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 _____			
ФИО	Номер социального страхования	Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ)	
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен(-а) <input type="checkbox"/> Самозанятый(-ая) <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Огр. возможности здоровья <input type="checkbox"/> Безработный(-ая) (укажите время последней работы) _____			
Работодатель		Номер телефона	
Адрес работодателя	Город	Штат	Почтовый индекс
Наименование программы медицинского страхования, предоставленной работодателем (включая COBRA)			<input type="checkbox"/> Работодатель не предоставляет медицинскую страховку.

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Учетный номер пациента (MRN) \_\_\_\_\_

Анкета	
1. Вы были резидентом штата Иллинойс на момент получения обслуживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Являетесь ли вы гражданином другой страны, проживающим в штате Иллинойс по визе, выданной США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
A. Если «Да», укажите тип визы. _____	
3. Вы хотели бы получить финансовую помощь для компенсации услуг, оказанных в нашем отделении неотложной помощи?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Если вы разведены или проживаете отдельно, несет ли ваш бывший супруг/партнер финансовую ответственность за медицинское обслуживание по соглашению о разделении или раздельном проживании?	<input type="checkbox"/> Н/П <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Предоставленное обслуживание относится к какой-либо категории 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 получением травмы или заболеванием?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
A. Если «Да», укажите:	
_____	_____
ФИО адвоката	Номер телефона адвоката
7. Вы уже подали заявление на участие в программе Medicaid? Мы можем попросить вас сделать это.	
<input type="checkbox"/> Да. Ожидая одобрения. <input type="checkbox"/> Да. Не соответствую критериям участия. <input type="checkbox"/> Нет	
A. Если «Нет», отметьте все применимые пункты:	
<input type="checkbox"/> Вам не более 19 лет.	<input type="checkbox"/> Вам более 65 лет.
<input type="checkbox"/> Вы принимаете препараты для лечения диабета, высокого давления или судорог.	<input type="checkbox"/> Вы имеете инвалидность, оформленную в соответствии с решением Управления социального обеспечения.
<input type="checkbox"/> Вы являетесь незрячим.	
<input type="checkbox"/> Вы беременны.	
<input type="checkbox"/> У вас есть проживающие с вами дети в возрасте до 19 лет.	

АКТИВЫ
1. <b>Недвижимость.</b> Укажите сведения о любых зданиях или земельных участках, которыми вы владеете, <b>кроме основного места жительства.</b>
A. Какова стоимость всех зданий и земельных участков в долларах США за вычетом сумм задолженности за недвижимость?
_____ <input type="checkbox"/> Неприменимо
I. Данная недвижимость используется для получения дохода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
B. Какова стоимость всех земельных участков (без зданий) в долларах США за вычетом сумм задолженности за недвижимость?
_____ <input type="checkbox"/> Неприменимо
I. Данная недвижимость используется для получения дохода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. <b>Банковские счета и инвестиции.</b> Укажите общий остаток по текущему счету для каждого из нижеперечисленных пунктов.
A. Расчетные, сберегательные счета и счета кредитного кооператива (в долларах США):
_____ <input type="checkbox"/> Неприменимо
B. Другие инвестиции, включая облигации и акции. К ним <b>не</b> относятся никакие пенсионные счета (в долларах США).
_____ <input type="checkbox"/> Неприменимо

Подписывая настоящий документ, я соглашаюсь с тем, что:

- Я подам заявление на получение любой помощи от штата, на федеральном или местном уровне, на получение которой я могу иметь право, чтобы оплатить настоящий счет.
- Насколько мне известно, указанная в настоящем заявлении информация является достоверной и верной.
- Я понимаю, что предоставленная информация может быть подтверждена NMHC.
- NMHC может обращаться к третьим лицам для проверки достоверности предоставленной в настоящем заявлении информации.

Я понимаю, что, если я заведомо предоставлю ложные сведения в настоящем заявлении или если заявление будет содержать иную существенную ошибку:

- Я могу не получить право на финансовую помощь.
- Я могу лишиться любой предоставленной мне финансовой помощи.
- Я несу ответственность за оплату счета.

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Учетный номер пациента (MRN) \_\_\_\_\_

Время \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Время \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

☐ супруга(-и) ☐ партнера ☐ родителя/поручителя (выберите один вариант)

Подпись (если применимо) \_\_\_\_\_

Передайте заполненное заявление и подтверждающие документы по адресу:

**Northwestern Memorial HealthCare**

Кому: Financial Counseling

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611 (США)

Телефон: +1 312 926-69-06 или +1 800 423-05-23

Факс: +1-312-694-0447

finapps@nm.org

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Учетный номер пациента (MRN) \_\_\_\_\_

### Необходимые подтверждающие документы для получения финансовой помощи

Ваше заявление будет отложено или отклонено, если вы не приложите необходимые документы. Если вы не можете предоставить документ, приложите пояснительное письмо с указанием причины.

#### Необходимые документы

Подтверждение статуса резидента Иллинойса.

- По меньшей мере **один** из следующих документов:
  - ☐ Копия действующего удостоверения личности государственного образца.
  - ☐ Недавно полученный счет за коммунальные услуги с указанием адреса в Иллинойсе.
  - ☐ Копия учетной карты избирателя штата Иллинойс.
  - ☐ Корреспонденция, направленная на ваш текущий адрес государственным органом или другим надежным отправителем.
  - ☐ Письмо из приюта для бездомных, временного места проживания или другого аналогичного заведения, подтверждающее факт вашего проживания там.
  - ☐ Копия свидетельства о регистрации вашего транспортного средства в штате Иллинойс.
  - ☐ Водительское удостоверение временного посетителя.
  - ☐ Договор аренды.
  - ☐ Письмо от члена семьи, который проживает с вами по одному адресу и может подтвердить свой статус резидента.
  - ☐ Один из документов, перечисленных в разделе «Финансовые документы» ниже.

Финансовые документы.

- По меньшей мере **один** из следующих документов:
  - ☐ Копия последней заполненной вами налоговой декларации.
  - ☐ Копии последних заполненных вами форм W-2 и 1099.
  - ☐ Копии двух последних чеков или квитанций о начислении заработной платы от работодателя.
  - ☐ Копии двух последних чеков или квитанций о начислении пособия по безработице.
  - ☐ Письменное подтверждение дохода от работодателя, если вы получаете оплату наличными.

Для лиц, состоящих в браке или гражданском союзе, предоставьте по меньшей мере один из вышеперечисленных документов, относящихся к вашему(-й) супругу(-е) или партнеру.

Заполненное и подписанное заявление.

#### Другие документы

- Если вы не подавали налоговую декларацию за предыдущий календарный год **или** если ваш доход от алиментов, коммерческой деятельности или пенсии будет отличаться от прошлогоднего, предоставьте перечисленные ниже документы, не относящиеся к заработной плате.
  - ☐ Справка об алиментном доходе.
  - ☐ Справка о доходе от коммерческой деятельности.
  - ☐ Справка о пенсионном доходе.
- Для граждан другой страны (которые не являются гражданами США):
  - ☐ предоставьте копию паспорта и визы США.