

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 необходим 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 по электронной почте или факсу вместе со **всеми** необходимыми подтверждающими документами. Вам необходимо предоставить заполненное заявление и подтверждающие документы **в течение 240 дней** с момента выписки или получения амбулаторного обслуживания.

Вы подтверждаете, что добровольно попытались подать заявление на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой в течение 240 дней с момента выписки или получения амбулаторного обслуживания. Вы подтверждаете, что добровольно 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, но вы соответствуете определенным критериям, вам не нужно заполнять данное заявление.

- ☐ У вас нет определенного места жительства.

☐ Пациент умер, он не был женат/у него не было 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 наступила дата 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 (LINEAP)

Личная информация			
ФИО		Номер социального страхования	Дата рождения
Домашний адрес		Город	Штат
		Почтовый индекс	
Домашний телефон	Мобильный телефон	Адрес электронной почты	
Предпочитаемый способ связи ☐ Почта США ☐ Электронная почта ☐ Домашний телефоне			Годовой доход на семью
Семейное положение ☐ Женат/замужем ☐ Холост/не замужем ☐ Проживаем раздельно ☐ В разводе ☐ Вдова или вдовец			
Количество лиц, проживающих в вашей семье (в соответствии с налоговой декларацией):			
Сведения о занятости ☐ Трудоустроен(-а) ☐ Самозанятый(-ая) ☐ На пенсии ☐ Нетрудоспособный(-ая) ☐ Безработный(-ая) (укажите дату последнего рабочего дня) _____			
Работодатель		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат
		Почтовый индекс	
Наименование программы медицинского страхования, предоставленной работодателем (включая COBRA)			☐ Работодатель не предоставляет медицинскую страховку.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ФИО пациента _____ Учетный номер пациента (MRN) _____

Страхование покрытие

У вас есть медицинская страховка или имеет ли вы право на медицинское страхование, включая:

- Международная медицинская страховка/страховка для путешествий
- Планы рынка медицинского страхования
- Пособия ветеранам
- Medicaid
- Medicare

☐ Да ☐ Нет**При ответе “да” укажите следующую информацию:**

ФИО лица, который приобрел страховку (держатель полиса):	Страховая компания	Номер страхового полиса
ФИО лица, который приобрел страховку (держатель полиса):	Страховая компания	Номер страхового полиса

Супруг, партнер, родитель или поручитель (если применимо)

Степень родства

☐ Супруг ☐ Партнер ☐ Родитель ☐ Поручитель ☐ Другое _____

ФИО	Номер социального страхования	Дата рождения
-----	-------------------------------	---------------

Сведения о занятости

☐ Трудоустроен(-а) ☐ Самозанятый(-ая) ☐ На пенсии ☐ Нетрудоспособный(-ая)☐ Безработный(-ая) (укажите дату последнего рабочего дня) _____

Работодатель	Номер телефона
--------------	----------------

Адрес работодателя	Город	Штат	Почтовый индекс
--------------------	-------	------	-----------------

Наименование программы медицинского страхования, предоставленной работодателем (включая COBRA)

☐ 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?	☐ Да ☐ Нет
2. Являетесь ли вы гражданином другой страны, проживающим в штате Иллинойс по визе, выданной США? А. Если “да”, укажите тип визы? _____	☐ Да ☐ Нет
3. Вы хотели бы получить финансовую помощь для услуг, оказанных в нашем пункте неотложной помощи?	☐ Да ☐ Нет
4. Если вы проживаете отдельно или разведены, несет ли ваш бывший супруг финансовую ответственность за медицинское обслуживание по соглашению о разделении или раздельном проживании?	☐ Н/п ☐ Да ☐ Нет
5. Предоставленное обслуживание относится к чему-либо из указанного ниже? ☐ Несчастный случай ☐ Преступление ☐ Травма на рабочем месте ☐ Другое _____	
6. Вы наняли адвоката или подаете иск в связи с получением травмы или заболеванием? А. При ответе “да” укажите: _____	☐ Да ☐ Нет
ФИО адвоката	Номер телефона адвоката
7. Вы уже подали заявление на участие в программе Medicaid? ☐ Да – ожидаю одобрения ☐ Да – не соответствую ☐ Нет Возможно, нам потребуется, чтобы вы это сделали: А. При ответе “нет” отметьте все подходящие варианты: ☐ Вам не более 19 лет. ☐ Вы старше 65 лет. ☐ Вы являетесь незрячим. ☐ Вы принимаете препараты для лечения диабета, высокого давления или судорог. ☐ У вас инвалидность, оформленная в соответствии с решением Управления социального обеспечения. ☐ Вы беременны. ☐ У вас есть проживающие с вами дети в возрасте до 19 лет	

АКТИВЫ
1. Недвижимость: укажите сведения о любых зданиях или земельных участках, которыми вы владеете, не включая ваше основное место проживания. А. Какова стоимость всех зданий и земельных участков в долларах США за вычетом сумм задолженности за недвижимость? \$ _____ ☐ Неприменимо I. Данная недвижимость используется для получения дохода? ☐ Да ☐ Нет В. Какова стоимость всех земельных участков (без зданий) в долларах США за вычетом сумм задолженности за недвижимость? \$ _____ ☐ Неприменимо I. Данная недвижимость используется для получения дохода? ☐ Да ☐ Нет
2. Банковские счета и инвестиции: укажите общий остаток по текущему счету для каждого из нижеперечисленных пунктов. А. Расчетные, сберегательные счета и счета кредитного кооператива (в долларах США): \$ _____ ☐ Неприменимо В. Другие инвестиции, включая облигации и акции. К ним не относятся любые пенсионные счета (в долларах США). \$ _____ ☐ Затрудняюсь ответить

Подписывая данный документ, я соглашаюсь с тем, что:

- Я буду подавать заявление на получение любой помощи от штата, государства или региона, на получение которой я могу иметь право, чтобы оплатить настоящий счет.
- Насколько мне известно, указанная в настоящем заявлении информация является достоверной и правильной.
- Я понимаю, что предоставленная информация может быть подтверждена НМНС.
- НМНС может обращаться к третьим лицам для проверки достоверности предоставленной в настоящем заявлении инфор.

Я понимаю, что, если я предоставлю ложные сведения в настоящем заявлении или 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.

Время _____ Дата _____ Подпись заявителя _____

Время _____ Дата _____

☐ Подпись супруга ☐ партнера ☐ родителя ☐ поручителя (укажите) если применимо) _____

Передайте заполненное заявление и подтверждающие документы по адресу:

Northwestern Memorial HealthCare
 Attention: Financial Counseling
 675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

Телефон: 312.926.6906 or 800.423.0523
 Факс: 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 не будут приложены какие-либо из необходимых документов. Если вы не можете предоставить документ, приложите разъяснительное письмо с указанием причины.

Необходимые документы

- Копия последней федеральной налоговой декларации и форма W-2 или форма Налогового Управления США (IRS Form) 4506-T: Запрос копии налоговой декларации.
- Копия действительного выданного государством удостоверения личности с фотографией, например, водительское удостоверение или паспорт.
- Предоставьте как минимум **один** из перечисленных ниже документов:
 - ☐ Копия действительного удостоверения личности с фотографией или водительских прав, выданных в штате Иллинойс
 - ☐ Последняя квитанция об оплате коммунальных услуг с адресом в штате Иллинойс
 - ☐ Учетная карта избирателя штата Иллинойс
 - ☐ Корреспонденция, направленная на ваш текущий адрес государственным органом или другим надежным отправителем
 - ☐ Письмо из приюта для бездомных
- Все нижеперечисленные документы, которые относятся к вам:
 - ☐ 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
- Предоставьте две последних выписки для всех расчетных, сберегательных счетов и счетов кредитного кооператива.
- Заполненное и подписанное заявление.

Другие документы

- Если вы не подавали налоговую декларацию за предыдущий календарный год **или** если ваш доход от алиментов, бизнеса или пенсии будет отличаться от прошлогоднего, предоставьте перечисленные ниже документы, не относящиеся к заработной плате.
 - ☐ Справка о доходах по алиментам
 - ☐ Справка о доходе от коммерческой деятельности
 - ☐ Справка о пенсионном доходе
- Для лиц, состоящих в браке или гражданском союзе: Предоставьте указанные ниже документы, относящиеся к вашему супругу или партнеру.
 - ☐ Документы, подтверждающие доход, в том числе не в форме заработной платы (как описано выше)
 - ☐ Федеральная налоговая декларация
 - ☐ Форма W-2 или форма Налогового Управления США (IRS) 4506-T: Запрос копии налоговой декларации
 - ☐ Последняя выписка для всех расчетных, сберегательных счетов и счетов кредитного кооператива
- Для граждан другой страны (которые не являются гражданами США):
 - ☐ Предоставьте копию паспорта и визы США.