

# Форма Заявления на получение финансовой помощи



**Важно:** ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОМОЩЬ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ: Заполнение этого заявления поможет AdventHealth определить возможность получения бесплатных услуг или услуг со скидкой или участия в других государственных программах, нацеленных на помощь в оплате услуг системы здравоохранения. Это заявление следует отправить на адрес, указанный в сопроводительном письме.

ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, ТОГДА ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ПОМОЩИ СО СКИДКОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. Тем не менее, номер социального страхования необходим для некоторых государственных программ, например, Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, однако, это поможет AdventHealth определить ваше соответствие критериям любых государственных программ. Ваши ответы на любые вопросы заявки с пометкой «необязательно» не повлияют на результат вашей заявки.

Просим вас заполнить эту форму и передать ее в AdventHealth лично, по почте, по электронной почте или по факсу, чтобы подать заявление на бесплатную или льготную помощь как можно скорее после даты оказания услуг. Мы осуществляем прием заявлений в течение 240 дней после выставления первого счета за лечение. Подавая это заявление вы признаете, что приложили все усилия, чтобы предоставить запрошенную информацию с целью помощи AdventHealth определить соответствует ли пациент установленным требованиям для получения финансовой помощи. Если у вас возникнут вопросы по поводу процесса подачи заявки, вы можете обратиться со своими вопросами или проблемами в отдел финансового консультирования AdventHealth по номеру 844-652-0600.

С жалобами или проблемами в процессе подачи заявки на льготное обслуживание или в процессе предоставления финансовой помощи больницы незастрахованным пациентам можно обращаться в отдел здравоохранения генерального прокурора штата Иллинойс. Бесплатная линия отдела здравоохранения: 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Сведения о пациенте

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

Дата \_\_\_\_\_ Номер пациента \_\_\_\_\_

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

**Необязательно** - Гендерная идентичность – Вы представляете себя как:  мужчина  женщина

трансгендерный мужчина/транс-мужчина/женщина, ставшая мужчиной (FTM)

трансгендерная женщина/транс-женщина/мужчина, ставший женщиной (MTF)  гендерквир/небинарная гендерная идентичность

дополнительная гендерная категория (или прочее)

**Необязательно** - Гендерная идентичность: Какой пол был изначально указан в вашем свидетельстве о рождении?.

мужской  женский

**Необязательно** - Раса:  белый  темнокожий или афроамериканец  американский индеец или уроженец Аляски

азиат из Индии  китаец  филиппинец  японец  кореец  вьетнамец  другой азиат  коренной гаваец

гуаец или чаморро  житель Самоа  житель других островов Тихого океана

**Необязательно** – Этническая принадлежность:  латиноамериканец или испанец  мексиканец, американский мексиканец, чикано

пуэрториканец  кубинец  другая народность Латинской Америки или Испании

**Необязательно** – Язык - Дома вы общаетесь не на английском, а на другом языке?:  да  нет

Если да, то на каком языке?: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

**Необязательно** - Номер социального страхования \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_

Номер телефона работодателя \_\_\_\_\_

### Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

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

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (необязательно) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_

### Информация о супруге ответственного лица

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

Имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (необязательно) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Сведения о занятости \_\_\_\_\_

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 по временной потере  
трудоспособности \_\_\_\_\_ Доход  
по процентам / дивидендам \_\_\_\_\_

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

## Ежемесячные расходы на проживание

Пациенты, по которым было принято предварительное решение о соответствии установленным требованиям на получение финансовой помощи согласно описанию в Политике финансовой помощи AdventHealth, не обязаны заполнять этот раздел.

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 \_\_\_\_\_  
Сбережения для здоровья/счет для различных расходов \_\_\_\_\_

Я разрешаю ADVENTHEALTH получать информацию от сторонних бюро кредитных историй. Я подтверждаю, что информация в этом заявлении является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я подаю все возможные заявления на любую помощь, которую можно получить из федеральных, уровня штата или местных источников, что поможет оплатить мои медицинские счета. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена ADVENTHEALTH, и я разрешаю ADVENTHEALTH связываться с третьими сторонами для проверки точности информации в этом заявлении. Я понимаю, что если я заведомо предоставляю неверную информацию в этом заявлении, я потеряю право на финансовую помощь, любая выделенная финансовая помощь может быть отменена, а я буду обязан(-а) оплатить счета.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Комментарии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





# Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента \_\_\_\_\_

Имя спонсора \_\_\_\_\_

Правоотношение к пациенту / заявителю \_\_\_\_\_

Адрес спонсора \_\_\_\_\_

В адрес AdventHealth:

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

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

Подпись спонсора \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



Уважаемый пациент/заявитель,

AdventHealth проявляет соучастие и ставит своей целью предоставление персонализированной помощи всем, и особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и долг — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за то, что вы доверили нам заботу о вас и вашей семье в отношении ваших потребностей в медицинском обслуживании.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не просили об этом, пожалуйста, не обращайтесь внимание на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните обе его стороны, поставьте свою подпись и дату. Если вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и вам была одобрена финансовая помощь, пожалуйста, сообщите нам об этом. Возможно, вам не потребуется заполнять новое заявление. Мы не рассматриваем предыдущие заявления, поданные более чем шесть месяцев назад.

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг(-а) или партнер также должны будут предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов)
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора». Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду, что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем заявления, которые заполнены не полностью.

Помните, что связь по электронной почте через Интернет не является защищенной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее сохранность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать и отправить заполненное заявление по почте на следующий адрес:

AdventHealth PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, позвоните специалисту по работе с пациентами по номеру 888-693-2252.

С уважением,

Отдел финансовой помощи пациентам  
AdventHealth