

UW Medicine

Инструкции по подаче заявления о предоставлении финансовой помощи

Штат Washington требует, чтобы все больницы оказывали финансовую помощь отдельным лицам и семьям, уровень дохода которых соответствует определенным требованиям. Вы можете претендовать на получение финансовой помощи в зависимости от размера вашей семьи и уровня дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. UW Medicine предоставляет финансовую помощь любому пациенту/поручителю, чей общий доход семьи не превышает 400 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) и с поправкой на размер семьи после использования любого страхового покрытия третьей стороны. Для услуг учреждений и (или) профессиональных услуг в Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, UW Medicine Primary Care и Valley Medical Center:

- 0–300 % FPL для 100 % скидки на финансовую помощь.

Для услуг учреждений только с датами выплаты 1 июля 2022 г. или после в медицинских центрах Harborview Medical Center, UW Medical Center и Valley Medical Center:

- 301–350 % FPL для 75 % скидки на финансовую помощь;
- 351–400 % FPL для 50 % скидки на финансовую помощь.

Что покрывает финансовая помощь? Условия финансовой помощи распространяются на соответствующие стационарные (учреждения) и внебольничные (профессиональные) услуги, предоставляемые UW Medicine, в зависимости от вашего соответствия требованиям. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на здравоохранение, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Вы можете запросить дополнительную информацию или посетить наш веб-сайт финансовой помощи по адресу uwmedicine.org/financialassistance или valleymed.org/financialassistance.

Для того, чтобы ваша заявка была обработана, вам необходимо: предоставить нам информацию о вашей семье, сообщить количество членов семьи в вашем домохозяйстве (семья подразумевает людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением, которые проживают совместно);

- предоставить нам информацию об общем ежемесячном доходе вашей семьи (до вычета налогов и списаний);
- предоставить документы о доходах семьи и декларацию об имуществе;
- при необходимости приложить дополнительную информацию, например, рекомендательные письма, подтверждающие предоставленную вами информацию;
- подписать бланк и поставить дату.

Для подачи заявки на получение финансовой помощи и предоставления сопроводительных документов на английском языке вы теперь можете использовать MyChart (кроме Airlift Northwest) в зависимости от места вашего обслуживания. Все остальные заявки по-прежнему подаются по почте, факсу или лично. Любая информация, представленная на рассмотрение, будет считаться защищенной медицинской информацией в соответствии с законом «О мобильности и подотчетности медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Для обработки вашего заявления вы должны быть зарегистрированным пациентом и иметь номер медицинской карты (Medical Record Number, MRN). Для медицинских центров Harborview Medical Center, UW Medical Center-Montlake, UW Medical Center-Northwest, UW Physicians и UW Medicine Primary Care позвоните в консультационный центр по номеру 206.520.5000, чтобы зарегистрироваться, прежде чем заполнять заявление.

<p>Harborview Medical Center UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 Телефон 206.744.3084 ФАКС 206.744.5187 Пн — Пт с 8:00 до 16:30. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Montlake UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1959 NE Pacific Street; Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 Телефон 206.744.3084 ФАКС 206.598.1122 Пн — Пт с 8:00 до 16:30. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Northwest UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 Телефон 206.744.3084 ФАКС 206.598.1122 Пн — Пт с 8:00 до 16:30. mychart.uwmedicine.org</p>
<p>Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Телефон 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 Пн — Пт с 8:00 до 17:00. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Телефон 425.690.3578 ФАКС 425.690.9578 Пн — Пт с 8:00 до 17:00. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 Телефон 206.598.2912 ФАКС 206.521.1612 Пн — Пт с 8:00 до 17:00.</p>

Если у вас есть вопросы и нужна помощь в заполнении этой заявки, обратитесь в указанное выше учреждение, в котором вы получаете медицинские услуги. Вы можете получить помощь по любому вопросу, включая инвалидность и языковую помощь. Мы уведомим вас об окончательном определении вашего права на участие в программе и правах на апелляцию, если применимо, в течение 14 календарных дней после получения полностью заполненной заявки на получение финансовой помощи, включая документацию о доходах. Отправляя заявку на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, что мы сделаем необходимые запросы для подтверждения указанной вами информации.

Мы хотим помочь. Подавайте заявку как можно скорее! Вы можете получить счета на оплату услуг до тех пор, пока мы не получим направленную вами информацию. UW Medicine и Fred Hutchinson Cancer Center (FHCC) могут обмениваться информацией, если это необходимо, чтобы помочь пациентам, обращающимся за помощью в оба учреждения (в течение 90 дней после заполнения заявки). Если заявка одобрена обоими учреждениями, период утверждения может отличаться.

UW Medicine

Форма заявления о предоставлении финансовой

Просим предоставлять всю требуемую информацию в полном объёме. Если она не применима, отметьте вариант «Нет» или укажите «Н/П». При необходимости можно приложить дополнительные страницы.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТБОРЕ

- Нужен ли вам переводчик? Да Нет Если да, укажите предпочитаемый язык: _____
- Подавал ли пациент заявление на Medicaid? Да Нет Может потребоваться подать такое заявление, прежде чем будет
- Есть ли у пациента в настоящий момент медицинская страховка? Да Нет
- Предоставляются ли пациенту общественные услуги штата, такие как TANF, Basic Food или WIC? Да Нет
- Является ли пациент бездомным в настоящее время? Да Нет
- Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? Да Нет

ПОМНИТЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если вы подадите заявление.
- Получив ваше заявление, мы можем проверить всю информацию и попросить прислать нам дополнительные сведения или подтверждение дохода.
- В течение 14 календарных дней после получения заполненного вами заявления и документации мы известим вас, имеете ли вы право на помощь.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Отчество (среднее имя) пациента	Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое (можете указать _____)	№ медицинской карты (MRN)	Дата рождения пациента	№ социального страхования (по выбору)
Лицо, оплачивающее счет (гарант)	Степень родства с пациентом Дата	Дата рождения	№ социального страхования (по выбору)
Почтовый адрес _____ _____		Номера телефонов с кодом территории () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____	
Город	Штат	Почтовый индекс	

Статус занятости лица, оплачивающего счет

Трудоустроен (дата найма: _____) Безработный (в течение какого времени: _____)

Работает на себя Студент Инвалид Пенсионер Другое (_____)

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов семьи, проживающих в вашем доме, включая вас. Термин «семья» включает людей, являющихся родственниками от рождения, в силу брака или усыновления, проживающих вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

При необходимости приложите дополнительные страницы.

ФИО	Дата рождения	Степень родства с пациентом	Если 18 лет или старше: Название(я) работодателя(ей) или источник дохода	Если 18 лет или старше: Общий месячной валовой (до уплаты налогов) доход:	Также подаёт заявление о предоставлении финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указывать доход всех взрослых членов семьи. К источникам дохода, например, относится следующее:

- Заработная плата - Безработица - Собственный бизнес - Компенсация работника - Инвалидность - Социальное обеспечение (SSI)
- Пособие на содержание детей/супруга
- Программа «Учись и работай» (для студентов) - Пенсия - Выплаты с пенсионного счёта - Другое (поясните _____)

UW Medicine

Форма заявления о предоставлении финансовой

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

ПОМНИТЕ: К заявлению следует приложить подтверждение доходов.

Вы обязаны предоставить информацию о доходах семьи. Сведения о доходах проверяются для принятия решения о предоставлении финансовой помощи. Все члены семьи в возрасте 18 и более лет обязаны указать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, то можете приложить письменное и подписанное заявление с описанием своего дохода. Просим предоставлять подтверждение в отношении каждого указанного источника доходов.

Примеры подтверждения дохода:

- Выписка об удержании по форме «W-2»; или
- Текущие платёжные квитанции (за 3 месяца); или
- Выписка из банковского счёта (за 3 месяца); или
- Налоговая декларация за прошлый год, включая графики выплат, если это применимо; или
- Письменные подписанные заявления работодателей или других лиц (письмо-разрешение), в которых описывается ваша финансовая ситуация и обстоятельства, если у вас нет справки о доходах; или
- Формы утверждения или отказа в праве на участие в Medicaid и(или) получение медицинской помощи из средств штата; или
- Формы утверждения или отказа в компенсации работника; или письменные заявления работодателей или благотворительных органов.

Если у вас нет подтверждения дохода или нет дохода, просим приложить дополнительную страницу с пояснениями.

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

(При необходимости приложите ещё одну страницу с указанием других

Мы используем эту информацию для того, чтобы получить более полное представление о вашей

Ежемесячные расходы семьи:

Аренда/ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Коммунальные платежи	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____ (пособие на содержание ребёнка, займы, лекарства, иное)		

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий баланс на чековом счёту

\$ _____

Текущий баланс на сберегательном счёту

\$ _____

Имеет ли ваша семья другие такие активы?

Отметьте всё применимое

- Акции Облигации 401K Медицинский(е) сберегательный(е) счет(а)
 Недвижимость (исключая основное место жительства) Свой бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, прикрепите дополнительную страницу, если есть другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например финансовые трудности, сезонный или временный доход или личные потери.

СОГЛАШЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Мне известно, что UW Medicine и FHSS могут проверять информацию, просматривая кредитную историю и получая сведения из других источников, чтобы помочь в определении права на получение финансовой помощи или плана выплат. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и правильной. Мне разъяснено, что если информация, которую я предоставляю, будет определена как ложная, мне будет отказано в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и, ожидается, что оплачу их самостоятельно.

Имя и фамилия лица, подающего заявку _____

Дата _____