

UW Medicine

Інструкція щодо заповнення форми заяви на отримання фінансової допомоги

Washington State вимагає від усіх лікарень надавати фінансову допомогу особам і сім'ям, які відповідають певним критеріям щодо рівня доходу. Ви можете мати право на фінансову допомогу на підставі розміру вашої сім'ї та доходу, навіть якщо у вас є медичне страхування. University of Washington (UW) Medicine надає фінансову допомогу пацієнтам/гарантам, сукупний сімейний дохід яких становить до 400 % від федерального прожиткового мінімуму (Federal Poverty Level, FPL). Ця допомога надається після вичерпання стороннього страхування і коригується відповідно до розміру сім'ї. Для послуг медичних закладів і/або певних спеціалістів в Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, UW Medicine Primary Care і Valley Medical Center:

- для осіб із доходом від 0 % до 300 % FPL надається фінансова допомога для покриття 100 % вартості.

Тільки для послуг медичних закладів Harborview Medical Center, UW Medical Center і Valley Medical Center із датою виписки 1 липня 2022 року або пізніше:

- для осіб із доходом від 301 % до 350 % FPL надається фінансова допомога для покриття 75 % вартості;
- для осіб із доходом від 351 % до 400 % FPL надається фінансова допомога для покриття 50 % вартості.

Що покриває фінансова допомога? Правила щодо надання фінансової допомоги поширюються на відповідні послуги на базі лікарні (послуги медичного закладу) та послуги за межами лікарні (послуги спеціалістів), що надаються системою охорони здоров'я UW Medicine. Надання допомоги залежить від вашого права на її отримання. Фінансова допомога може не покривати всі витрати на медичне обслуговування, зокрема послуги, що надаються іншими організаціями. Ви можете подати запит на отримання додаткової інформації або відвідати наш вебсайт за адресами: uwmedicine.org/financialassistance або valleymed.org/financialassistance.

Щоб вашу заяву розглянули, вам потрібно: надати нам інформацію про вашу сім'ю та повідомити про кількість членів сім'ї у вашому домогосподарстві (поняття «сім'я» включає людей, пов'язаних кровними зв'язками, через шлюб або всиновлення, які проживають разом);

- вказати щомісячний сукупний дохід вашої сім'ї (до сплати податків і відрахувань);
- надати документи про доходи сім'ї та декларацію про майно;
- за потреби долучити додаткову інформацію, наприклад супровідні листи для підтвердження наданої вами інформації;
- поставити підпис і дату у формі.

Тепер подати заяву на отримання фінансової допомоги й надати супровідні документи англійською мовою можна відповідно до місця отримання медичної допомоги через MyChart (за винятком Airlift Northwest). Усі інші заяви й надалі приймаються поштою, факсом або особисто. Будь-які надані вами дані вважатимуться захищеною медичною інформацією відповідно до Закону США «Про доступність і підзвітність у сфері медичного страхування» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Щоб вашу заяву розглянули, ви маєте бути зареєстрованим пацієнтом із номером медичної картки (Medical Record Number, MRN).

Для реєстрації в Harborview Medical Center, UW Medical Center-Montlake, UW Medical Center-Northwest, UW Physicians і UW Medicine Primary Care зателефонуйте в контакт-центр за номером 206-520-5000, перш ніж заповнювати заяву.

<p>Harborview Medical Center UW Physicians UW Medicine Primary Care Консультації з фінансових питань 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 Телефон: 206-744-3084 ФАКС: 206-744-5187 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 4:30 p.m. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Montlake UW Physicians UW Medicine Primary Care Консультації з фінансових питань 1959 NE Pacific Street; Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 Телефон: 206-744-3084 ФАКС: 206-598-1122 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 4:30 p.m. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Northwest UW Physicians UW Medicine Primary Care Консультації з фінансових питань 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 Телефон: 206-744-3084 ФАКС: 206-598-1122 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 4:30 p.m. mychart.uwmedicine.org</p>
<p>Valley Medical Center Фінансові послуги для пацієнтів P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Телефон: 425-690-3578 ФАКС: 425-690-9578 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 5:00 p.m. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Valley Medical Center Фінансові послуги для пацієнтів 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Телефон: 425-690-3578 ФАКС: 425-690-9578 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 5:00 p.m. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Airlift Northwest Фінансові послуги для пацієнтів 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 Телефон 206-598-2912 ФАКС: 206-521-1612 ПН-ПТ, 8:00 a.m. — 5:00 p.m.</p>

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога із заповненням цієї заяви, зверніться до зазначеного вище закладу, у який ви звернулися по медичне обслуговування. Вам допоможуть з будь-якими питаннями, зокрема, якщо допомога потрібна у зв'язку з інвалідністю чи мовними бар'єрами. Ми повідомимо вас про остаточне визначення вашої відповідності вимогам і право на апеляцію, якщо таке є, протягом 14 календарних днів після отримання заповненої заяви на отримання фінансової допомоги разом із документами про доходи. Подаючи заяву на отримання фінансової допомоги, ви даєте згоду на те, що ми можемо подавати необхідні запити, щоб перевірити надану інформацію.

Ми хочемо допомогти. Подайте заяву якнайшвидше! Ви можете отримувати рахунки, поки ми не отримаємо від вас інформацію. UW Medicine і Fred Hutchinson Cancer Center можуть обмінюватись інформацією, якщо це необхідно, щоб допомогти пацієнтам, які звертаються по медичне обслуговування до обох установ (протягом 90 днів із моменту заповнення заяви). Якщо обидві установи затверджують заяву, строк затвердження може відрізнятись.

UW Medicine

Форма заяви на отримання фінансової допомоги — конфіденційно

Заповніть усі пункти заяви. Якщо жоден з перелічених варіантів не підходить, поставте позначку біля варіанта «Ні» або напишіть «Н/д». За потреби використовуйте додаткові аркуші.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ПЕРЕВІРКИ

Чи потрібні вам послуги перекладача? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	Якщо так, укажіть мову, якій надаєте перевагу:
Чи подав пацієнт заяву на участь у програмі Medicaid? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	Може бути потрібно подати заяву на участь у програмі до того, як буде розглянуто питання про надання фінансової допомоги
Чи пацієнт має зараз медичне страхування? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	
Чи отримує пацієнт державні соціальні послуги, як-от Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Basic Food або Програма постачання додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей (Women, Infants, And Children, WIC)? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	
Чи в пацієнта зараз відсутнє постійне місце проживання? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	
Чи пов'язана потреба пацієнта в медичному обслуговуванні з автокатастрофою або виробничою травмою? <input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні	

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ

- Ми не можемо гарантувати, що ви отримаєте право на фінансову допомогу, навіть якщо подасте заяву.
- Після того, як ви надішлете заяву, ми перевіримо всю інформацію і можемо попросити вас надати додаткову інформацію або документ, що підтверджує доходи.
- Протягом 14 календарних днів після отримання від вас заповненої заяви й документів ми повідомимо вам, чи маєте ви право на отримання допомоги.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА ТА ЗАЯВНИКА

Ім'я пацієнта	Середнє ім'я пацієнта	Прізвище пацієнта	
<input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Жінка <input type="radio"/> Інший варіант (можна зазначити)	Номер медичної картки (Medical Record Number, MRN)	Дата народження пацієнта	Номер соціального страхування пацієнта (не обов'язково)
Особа, що сплачує рахунок (гарант)	Ким є пацієнту	Дата народження гаранта	Номер соціального страхування гаранта (не обов'язково)
Поштова адреса		Код зони Номери телефонів (____) _____ (____) _____	
Місто	Штат	Поштовий індекс	Адреса електронної пошти:
Статус працевлаштування особи, яка сплачує рахунок: <input type="radio"/> Працює (дата працевлаштування): <input type="radio"/> Безробітний (як довго безробітний): <input type="radio"/> Самозайнятий інвалідністю <input type="radio"/> Студент <input type="radio"/> Особа з <input type="radio"/> Пенсіонер <input type="radio"/> Інше:			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Перелічіть усіх членів сім'ї, що проживають у вашому домогосподарстві, **включно з вами**. Поняття «сім'я» включає людей, пов'язаних кривними зв'язками, через шлюб або всиновлення, які проживають разом.

РОЗМІР СІМ'І

За потреби використовуйте додаткові аркуші

Ім'я	Дата народження	Ким є пацієнту	Якщо особі 18 років або більше: назва роботодавця(-ів) або джерело доходу	Якщо особі 18 років або більше: загальний місячний дохід (до сплати податків):	Ця особа теж подає заяву на фінансову допомогу?
					<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
					<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
					<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
					<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні

Потрібно вказати доходи всіх повнолітніх членів сім'ї. Приклади джерел доходів: - Заробітна плата - Додатковий соціальний дохід (Supplemental Security Income, SSI)

- Допомога по безробіттю - Самозайнятість - Компенсаційні виплати працівникам - Допомога для осіб з інвалідністю - Аліменти на дитину/чоловіка/дружину - Робочі навчальні програми (для студентів) - Пенсійні виплати - Виплати з пенсійного рахунку - Інше (вказіть)

UW Medicine

Форма заяви на отримання фінансової допомоги — конфіденційно

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХОДИ

ВАЖЛИВО. До заяви необхідно обов'язково додати документ, що підтверджує доходи.

Потрібно вказати інформацію про доходи вашої сім'ї. Для призначення фінансової допомоги необхідна перевірка доходів. Усі члени сім'ї, яким виповнилося 18 років, мають повідомити про свої доходи. Якщо ви не можете надати документи, можна подати підписану заяву в письмовій формі з описом ваших доходів. Просимо надати документи, що підтверджують кожне зазначене джерело доходу.

Приклади документів, що підтверджують доходи:

- виписка про утримання податків за формою W-2;
- актуальні квитанції про нарахування заробітної плати (за 3 місяці);
- виписки з банківських рахунків (за 3 місяці);
- податкова декларація про доходи за минулий рік, включно з додатками, якщо вони є;
- заяви в письмовій формі за підписами роботодавців або інших осіб (супровідні листи) із зазначенням вашої поточної фінансової ситуації та обставин, якщо у вас немає документів, що підтверджують доходи;
- форми підтвердження права або відмови в праві на отримання медичного обслуговування за програмою Medicaid і/або державної медичної допомоги;
- форми підтвердження права або відмови в праві на отримання компенсації по безробіттю; або письмові заяви від роботодавців чи соціальних служб.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ (За потреби використовуйте додаткові аркуші, щоб зазначити інші заборгованості.)

Ми використовуємо цю інформацію, щоб отримати повнішу картину вашої фінансової ситуації.

Оренда/іпотека	\$	Витрати на медичне обслуговування	\$
Страхові внески	\$	Комунальні послуги	\$
Інші заборгованості/витрати	\$	(аліменти, кредити, ліки, інше)	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО МАЙНО (не враховується для отримання фінансової допомоги, але використовується для інших програм)

Поточний залишок на розрахунковому рахунку \$	Чи володіє ваша сім'я зазначеним нижче майном? Оберіть усі варіанти, які підходять
Поточний залишок на ощадному рахунку \$	
	<input type="checkbox"/> Акції <input type="checkbox"/> Облігації <input type="checkbox"/> Пенсійний план 401K <input type="checkbox"/> Ощадні медичні рахунки
	<input type="checkbox"/> Довірча власність
	<input type="checkbox"/> Нерухомість (за винятком основного місця проживання) <input type="checkbox"/> Власний бізнес

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Використовуйте додаткові аркуші, якщо хочете повідомити нам іншу інформацію про свою поточну фінансову ситуацію, наприклад про фінансові труднощі, сезонний або тимчасовий дохід чи особисті втрати.

ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я розумію, що UW Medicine і Fred Hutchinson Cancer Center можуть перевірити інформацію, переглянувши кредитну інформацію та отримавши інформацію з інших джерел, щоб визначити, чи маю я право на отримання фінансової допомоги або застосування графіка платежів.

Я підтверджую, що наведена вище інформація, наскільки мені відомо, є достовірною та правильною. Я розумію, що якщо буде встановлено, що надана мною інформація є недостовірною, мені буде відмовлено в наданні фінансової допомоги, і я відповідатиму за оплату наданих послуги.

Ім'я заявника

Дата