



Уважаемый пациент!

Инструкции по подаче заявления

Если вы желаете воспользоваться программой финансовой помощи Providence Health Services, заполните прилагаемое заявление и отправьте его нам. Если у вас возникнут какие-либо вопросы, обращайтесь за помощью к представителю по финансовой помощи по телефону: 800-566-5050.

СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ

Обратите внимание на следующие критерии, позволяющие претендовать на финансовую помощь:

- Может требоваться заявление на помощь на местном или федеральном уровне или на уровне штата.
- **Должен быть подтвержден доход домохозяйства. Просим представить документы, подтверждающие доход домохозяйства. (Налоговую декларацию или последние зарплатные выписки.) Если у вас нет дохода, просим представить пояснения относительно источников вашей финансовой поддержки.**
- Также необходимо указать другие источники дохода, в том числе детское пособие, алименты, пособие по нетрудоспособности, государственное пособие, доход самозанятого лица, пособие по безработице и т. д.

Финансовая помощь не распространяется на:

- Личные расходы, такие как оплата телевидения.
- Услуги, не являющиеся необходимыми по медицинским показаниям, включая косметические процедуры и лечение бесплодия.
- Услуги, покрываемые страхованием в другой медицинской сети.
- Безрецептурные фармацевтические товары.

Решение о финансовой помощи относится только к случаю медицинского ухода, для которого заполняется это заявление.

Отправьте заполненное заявление и документы по следующему адресу:

NRSC Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

Отправьте заполненное заявление и документы по факсу:

(317) 583-2753 Attn: NRSC Financial Assistance Representative

Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь в наш центр обслуживания клиентов по телефону: 00-566-5050, с понедельника по пятницу с 8:00 до 13:45 и с 14:30 до 16:00 по восточному стандартному времени (EST).



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Счет №				
Имя пациента:	Дата рождения	Семейное положение	Пол	Телефон
Адрес:	Город	Штат	Почтовый индекс	Эл. почта:
Номер социального страхования:	Работодатель	Полная занятость Неполная занятость		Кол-во часов в неделю
Адрес работодателя:	Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЕ

Имя Тот же, что и выше	Дата рождения	Семейное положение	Пол	Телефон
Адрес:	Штат	Почтовый индекс	Эл. почта	
Номер социального страхования	Работодатель	Полная занятость Неполная занятость	Кол-во часов в неделю	
Адрес работодателя	Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон

ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ

Имя супруга/супруги	Номер социального страхования	Дата рождения
Работодатель супруга/супруги	Адрес: Город	Штат Почтовый индекс
		Номер телефона

ИЖДИВЕНЦЫ:

Имя	Возраст	Отношение	Им	Возраст	Отношение

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД

Трудовой доход заявителя	
Доход супруга/супруги заявителя	
Пособие по социальному страхованию	
Пенсия	
Компенсация по безработице	
Пособие по нетрудоспособности	
Доход от процентов / дивидендов	
Детское пособие	
Алименты	
Доход от сдачи в аренду недвижимости	
Продовольственные талоны	
Прочее	
Прочее	
ОБЩИЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД:	

АКТИВЫ

Наличные	
Сберегательный счет	
Расчетный счет	
Депозиты	
Ценные бумаги	
Страхование жизни	
Прочая недвижимость	
Прочее	
Транспортное средство/марка Год выпуска Стоимость и модель:	
Финансовые расчеты:	
Страхование жизни	
Наследство	
Прочее	
ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ АКТИВОВ:	

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ

	Оплата	Баланс
Ипотека/аренда		
Электричество		
Бензин		
Телефон		
Вода		
Продукты питания		
Кабельное телевидение		
Расходы на автомобиль		
Мобильный телефон		
Детский сад		
Пособие на ребенка/алименты		
Рецептурные лекарственные препараты		
Кредитные карты:		
1.		
2.		
3.		
Другой врач/ Больничные счета:		
Расходы на страхование:		
1. Автомобиль		
2. Имущество		
3. Медицинское страхование/ страхование жизни		
Другие платежи по кредиту:		
1.		
2.		
Другие ежемесячные платежи:		
Страхование по консолидированному всеобъемлющему закону «Об урегулировании бюджета» (COBRA)		
Страхование жизни		
3.		
ОБЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ:		

КОММЕНТАРИИ: _____

Настоящим подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и полной. Настоящим я разрешаю больнице при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Дата

Версия 13.06.16

Подпись пациента, супруга/супруги, поручителя или законного представителя

Стр. 3

PROVIDENCE HEALTH SERVICES
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Моя подпись на этой форме удостоверяет, что все утверждения и сведения являются достоверными, насколько мне это известно, и мною представлены все факты в отношении моих финансов. Я понимаю и подтверждаю, что представление недостоверных финансовых данных в этом заявлении, а также отказ сотрудничать и претендовать на помощь в программах, могущих покрыть стоимость моего лечения (например, Medicaid, требования возмещения личного ущерба, пособие по нетрудоспособности), может повлечь отказ в предоставлении финансовой помощи и я буду нести финансовую ответственность за предоставленные услуги. Я соглашаюсь разрешить Providence Health Services и уполномоченным представителям Providence Health Services запрашивать и изучать мою кредитную историю и предпринимать прочие обоснованные шаги для подтверждения всей информации, указанной в заявлении.

Я понимаю, что если я получу право на частичную финансовую помощь, я буду нести ответственность за оплату оставшейся суммы счета за медицинские услуги.

Сведения о доходе брутто (до уплаты налогов и взимаемых сумм)

Совокупный годовой доход домохозяйства (сложите столбцы пациента и супруга/супруги на обороте и впишите общую сумму ниже):

Сообщение об отсутствии дохода

Вкратце опишите свою финансовую/бытовую ситуацию и причины, по которым вам требуется помощь с оплатой медицинских счетов.

Поставьте подпись ниже:

Пациент/Опекун

(Дата)