

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Отправьте заполненное заявление и подтверждающие документы на указанный ниже адрес.

Cedars-Sinai Medical Center
 Financial Assistance Processing Unit
 File 1688
 1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

Рабочие часы: с 08:00 до 16:30
 Рабочие дни: с понедельника по пятницу
 Номер телефона: 323-866-8600
 Адрес электронной почты:
 Patient.Billing@cshs.org

Заявление о предоставлении финансовой помощи, содержащее перечень требуемых подтверждающих документов

Это заявление о предоставлении финансовой помощи, утвержденное Организацией. При наличии вопросов воспользуйтесь вышеуказанной контактной информацией.

Существует два пути получения финансовой помощи. Один из них предполагает подачу обычного заявления о предоставлении финансовой помощи в максимально возможном размере (далее — «Всесторонняя финансовая помощь»), на которую вы можете рассчитывать в соответствии с нашей Политикой финансовой помощи (далее — «Политика»). Второй вариант предусматривает менее строгие требования к подаче заявления для пациентов, нуждающихся в ограниченной финансовой помощи (далее — «Ограниченная финансовая помощь»).

Для участия в указанных программах предоставления финансовой помощи заполните это заявление, чтобы помочь Организации определить, имеете ли вы право на получение скидки. Мы не можем гарантировать, что вы получите право на помощь, даже если подадите соответствующее заявление. После подачи заполненного заявления и другой соответствующей документации все пациенты получат письменный ответ с одобрением или отказом.

Действие Политики распространяется на медицинские услуги, оказываемые в Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, врачами, преподающими в Cedars-Sinai, выступающими в этом качестве, врачами, являющимися сотрудниками Cedars-Sinai Medical Care Foundation или групп, заключивших эксклюзивный договор о предоставлении профессиональных услуг с данным учреждением, врачами отделения срочной помощи Cedars-Sinai при Community Urgent Care Medical Group, Inc., в Huntington Hospital и в Huntington Health Physicians (далее — «Организация»). Действие Программы не распространяется на плановые и (или) косметические услуги, а также услуги других специалистов, не имеющих отношения к упомянутым выше учреждениям.

Вы можете выслать заполненное заявление почтовым отправлением или по электронной почте. Предоставьте все документы, запрошенные ниже. Отсутствие либо неприкрепление документов может стать причиной задержки или отказа в финансовой помощи. Если вы не можете предоставить какой-либо документ, пришлите объяснительное письмо.

НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВСЕЙ ТРЕБУЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОТКАЗУ.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, НО СООТВЕТСТВУЕТЕ НЕОБХОДИМЫМ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL, ВЫ НЕ ОБЯЗАНЫ ЗАПОЛНЯТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ.

Подтверждающие наличие дохода документы, необходимые для подачи заявления Ниже перечислены документы, которые необходимо предоставить.	Всесторонняя финансовая помощь	Ограниченная финансовая помощь
Квитанции о начислении зарплаты (за последние 2 месяца).	Требуются	Требуются
Декларация об уплате федеральных налогов (за прошлый год). <ul style="list-style-type: none"> • Если декларация об уплате федеральных налогов не была подана, предоставьте последние формы W2 или 1099. • Если подача декларации об уплате федеральных 	Требуются	Требуются

налогов задерживается в связи с временной нетрудоспособностью или отсутствием работы, предоставьте форму, свидетельствующую о том, что вы не подаете декларацию. Чтобы получить копию формы, позвоните по номеру телефона 1-800-908-9946 либо посетите веб-сайт www.irs.gov/individuals/get-transcript (используйте форму 4506-T или 4506T-EZ).		
Квитанции о начислении пособия по безработице, социальному обеспечению или инвалидности (за последние два месяца).	Требуются	Предоставление необязательно
Выписки по банковскому счету для расчетного и сберегательного счетов, а также по счету в кредитном союзе (все страницы за последние два месяца).	Требуются	Предоставление необязательно
Подтверждение аренды или ипотеки.	Требуется	Предоставление необязательно
Письмо с ответом на запрос о зачислении в программу Medi-Cal (содержащее одобрение или отказ), если применимо.	Требуется	Предоставление необязательно

Документы супруга (-и) или партнера (-ши)

- Если вы состоите в браке, в том числе в гражданском, или гражданском партнерстве, предоставьте соответствующие документы, подтверждающие наличие дохода у вашего супруга (-и) либо партнера (-ши). См. приведенный выше перечень документов, включающий, помимо прочего, квитанции о начислении зарплаты, квитанции о начислении пособий, декларации об уплате федеральных налогов, формы W2 или 1099, формы, свидетельствующие о задержке подачи документов, выписки по банковским счетам и отчеты о доходах от алиментов на содержание супруги/супруга или ребенка.

Заполненная форма заявления

- Заполненная форма заявления должна содержать дату и подпись заявителя.

Выбор между ограниченной и всесторонней финансовой помощью

Лица, претендующие на ограниченную финансовую помощь, будут иметь право только на финансовую помощь в размере, не превышающем половины суммы, которая причитается за аналогичные услуги, оказываемые заявителям на получение финансовой помощи в полном объеме.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Отметьте ниже вид финансовой помощи, которую вы хотели бы получить.

- Ограниченная финансовая помощь (налагается ограничение, размер от 0 % до 50 %)
- Финансовая помощь в полном объеме (ограничение не налагается, размер от 0 % до 100 %)

Поставьте отметку в соответствующем поле, если к заявителю применимо что-либо из перечисленного ниже.

- Участие в Продовольственной программе для женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- Психическая недееспособность и отсутствие лица, способного представлять интересы заявителя
- Участие в Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Соответствие критериям участия в программе Medi-Cal, при этом дата предоставления услуг не соответствует требованиям
- Отсутствие жилья
- Смерть без оставления наследуемого имущества

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя и фамилия пациента		Номер социального обеспечения	Дата рождения	
Домашний адрес		Город	Штат	Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Адрес электронной почты		
Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		Годовой доход домохозяйства: \$ _____		
Семейное положение: <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Холост / не замужем <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруга (-и) или партнера (-ши) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> В гражданском партнерстве		Количество членов домохозяйства (как указано в налоговых документах):		
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)				
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона		
Адрес работодателя		Город	Штат	Почтовый индекс

ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ / СОЖИТЕЛЕ (-НИЦЕ) / РОДИТЕЛЕ / ПОРУЧИТЕЛЕ

Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супругом (-ой) <input type="checkbox"/> Сожителем (-ницей) <input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Поручителем <input type="checkbox"/> Другое: _____				
Имя и фамилия		Номер социального обеспечения	Дата рождения	
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)				
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона		
Адрес работодателя		Город	Штат	Почтовый индекс

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

Соответствуете ли вы критериям получения какого-либо страхового покрытия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, предоставьте нижеуказанные сведения.		
Владелец страхового полиса	Страховая компания	Номер полиса
Владелец страхового полиса	Страховая компания	Номер полиса

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ И АКТИВАХ

Текущий ежемесячный доход	Пациент/ поручитель	Супруг (-а)/ партнер (-ша)	Общая сумма
Заработная плата до вычетов	\$	\$	\$
Чистый доход от индивидуального предпринимательства	\$	\$	\$
Проценты и дивиденды	\$	\$	\$
Доход от недвижимости, сдаваемой в аренду	\$	\$	\$

Выплаты по программе социального обеспечения, пенсия или пособие по инвалидности	\$	\$	\$
Алименты на содержание супруга (-и) или детей	\$	\$	\$
Прочее	\$	\$	\$
Общий ежемесячный доход	\$	\$	\$
Основные повседневные расходы			
Основные повседневные расходы	Пациент/ поручитель	Супруг (-а)/ партнер (-ша)	Общая сумма
Аренда или ипотека	\$	\$	\$
Налоги на недвижимость	\$	\$	\$
Коммунальные услуги и телефон	\$	\$	\$
Алименты на содержание супруга (-и) или детей	\$	\$	\$
Кредитные или лизинговые платежи за автомобиль	\$	\$	\$
Образование	\$	\$	\$
Детский сад (уход за несовершеннолетними иждивенцами)	\$	\$	\$
Питание	\$	\$	\$
Страхование	\$	\$	\$
Прочие расходы	\$	\$	\$
Общая сумма ежемесячных расходов	\$	\$	\$
Текущий долг за медицинские услуги			
Текущий долг за медицинские услуги	Пациент/ поручитель	Супруг (-а)/ партнер (-ша)	Общая сумма
Неоплаченный долг за медицинские услуги (предоставленные учреждением Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Другие долги за медицинские услуги	\$	\$	\$
Активы (за исключением пенсионных счетов)			
Активы (за исключением пенсионных счетов)	Пациент/ поручитель	Супруг (-а)/ партнер (-ша)	Общая сумма
Расчетные и сберегательные счета, а также счета в кредитном союзе	\$	\$	\$
Акции и облигации	\$	\$	\$
Депозитные счета денежного рынка и (или) брокерские счета	\$	\$	\$
Депозитные сертификаты	\$	\$	\$
Общая сумма активов	\$	\$	\$

Настоящим удостоверяю, что, насколько мне известно, указанная в этом заявлении информация является достоверной и полной. Я даю согласие подать заявление на получение любой помощи на уровне штата, а также местном и федеральном уровнях, на которую я могу иметь право, чтобы облегчить бремя расходов на оплату больничных счетов и счетов за услуги врачей-специалистов. Я понимаю, что Организация может проверить предоставленную мной информацию, и я разрешаю ее сотрудникам связываться с третьими лицами для проверки достоверности данных, указанных в этом заявлении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений, наличия в заявлении существенной ошибки либо сокрытия информации я потеряю право на получение финансовой помощи. Если я уже получаю финансовую помощь, она может быть отменена в тот же момент, и оплата остатка суммы будет на моей ответственности.

Подпись лица, подающего заявление о предоставлении
финансовой помощи

Дата

Подпись супруга (-и) / сожителя (-ницы) /
поручителя (если применимо)

Дата