

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**
**Номер счета пациента**

Фамилия пациента _____		Имя пациента _____		Отчество пациента _____	
Номер социального страхования _____		Номер телефона _____		Дата рождения _____	
Фамилия поручителя (если отличается) _____		Имя поручителя _____		Отчество поручителя _____	
Улица _____		Город _____		Страна Индекс _____	
Номер социального страхования _____		Номер телефона _____		Дата рождения _____	
Есть ли у вас работа      Да   Нет		Есть ли у вас медицинская страховка?		Да   Нет	

**ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГАХ / СОЖИТЕЛЯХ**

Фамилия пациента _____		Имя пациента _____		Отчество пациента _____	
Улица _____		Город _____		Страна Индекс _____	
Номер социального страхования _____		Номер телефона _____		Дата рождения _____	
Есть ли у вас работа      Да   Нет		Есть ли у вас медицинская страховка?		Да   Нет	

Скольких человек вы материально обеспечиваете? \_\_\_\_\_

{Включая себя. Вы должны иметь возможность привести в Федеральной налоговой декларации доказательства относительно количества человек, которых вы обеспечиваете}

**Укажите источники своего дохода (укажите месячный или годовой доход для всех)**

	<b>В месяц</b>	<b>В год</b>		<b>В месяц</b>	<b>В год</b>
Доход от работы	\$ _____	\$ _____	Доход от _____	\$ _____	\$ _____
Доход от работы	\$ _____	\$ _____	Доход от социального	\$ _____	\$ _____
Доход от бизнеса	\$ _____	\$ _____	Доход от _____	\$ _____	\$ _____
Доход от аренды	\$ _____	\$ _____	Другой доход	\$ _____	\$ _____
<b>Сумма дохода:</b>	\$ _____	_____			

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы являетесь студентом на стипендии, предоставьте копию или подтверждающее письмо о финансовой помощи от вашего учебного заведения и/или информацию о студенческой ссуде с вашим заявлением.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Отчет о кредите будет обработан после получения заявления (может включать супруга/супругу)

**Подпись пациента / официального представителя:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_

Необходимо предоставить: [ ] Бланк налоговой отчетности за прошлый год (полную копию) [ ] Письмо о финансовых трудностях

Если нет возможности предоставить копию бланка налоговой отчетности, к форме можно приложить:

[ ] корешок чека об оплате за 2 месяца [ ] Справку об инвалидности [ ] Справку о безработице

Оценка плана платежей: В случаях, если вы имеете право на частичную финансовую помощь, предоставление следующей информации поможет составить рациональный план выплат по остатку вашего баланса.

Аренда/плата за дом _____	Коммунальные платежи- _____
Продукты _____	Одежда _____
Медицинские/стоматологические услуги _____	Школа/затраты на ребенка _____
Обеспечение ребенка/супруга _____	Затраты на транспорт/автомобиль _____

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Рациональный план выплат означает, что ежемесячные платежи будут составлять не более 10 % вашего семейного дохода за вычетом удержаний и указанных выше платежей.

(Заявление не будет обрабатываться без вышеуказанной информации)

**Этот бланк необходимо вернуть вместе со всеми требуемыми документами в течение 10 дней**

Больница Хантингтон старается сделать медицинское обслуживание наших пациентов доступным и знает о финансовых проблемах нашего сообщества, которое не может себе позволить оплатить расходы, связанные со стоимостью медицинского обслуживания. Поэтому больница Хантингтон предоставляет финансовую помощь соответствующим пациентам, которые получают неотложную или необходимую медицинскую помощь. Пациенты должны заполнить этот бланк, предоставить на проверку определенные документы и удовлетворять перечисленным ниже критериям предоставления услуг. Данный полис обеспечивает предоставление услуг только больницей Хантингтон.

## Кто имеет право на финансовую помощь?

*Наша программа помогает людям с низким уровнем дохода, незастрахованным или недострахованным пациентам, которым нужна помощь с оплатой всех или части медицинских услуг. Пациенты имеют право на финансовую помощь в случае, если их семейный доход равен или ниже 350 % федерального прожиточного минимума (FPG). Также может потребоваться другая информация, которая может окончательно повлиять на решение руководства больницы.*

Пациенты, которые имеют право на финансовую помощь, будут оплачивать счета, не превышающие сумму (AGB), выставляемую за неотложные или необходимые медицинские услуги пациентам со страховкой. (AGB согласно определению IRS Раздел 501(r)). См. приложение А «Политики финансовой помощи».

## Что включает программа?

Программа финансовой помощи включает необходимую медицинскую помощь, предоставляемую в больнице Хантингтон. Полис не покрывает необязательные косметические услуги.

## Как мне подать заявление на финансовую помощь или получить полный полис?

С обратной стороны данного документа приведен бланк заявления с инструкциями к заполнению.

*Чтобы получить помощь в заполнении заявления или запросить копию полиса, обратитесь к нам. Это можно сделать следующим образом:*

- Обратиться в любую точку приема пациентов стационарного, амбулаторного или реанимационного отделения.
- Позвонить в служебное подразделение по номеру 626 397-5324 с 8:00 до 16:00,
- (в другое время можно оставить сообщение). Доступны услуги перевода
- Отправить письмо по адресу: Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (бесплатно)
- Обратиться в центр помощи в главной приемной больницы с понедельника по пятницу с 7:00 до 18:00.
- Скачайте заявление и копию полисов на сайте [www.huntingtonhospital.com](http://www.huntingtonhospital.com)

## Есть ли поддержка других языков?

Полис и бланки заявления доступны на большинстве языков, используемых в нашем сообществе — их можно получить в указанных выше точках. Также предоставляются услуги переводчика.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

### **Инструкции:**

Полный бланк финансовой информации (не полностью заполненный обрабатываться не будет)

### **Приложить следующие документы:**

Корешки о доходах и полную копию декларации подоходного налога.

**Письмо о финансовых трудностях (краткое письмо, описывающее вашу финансовую ситуацию)**

### **Отправить все документы по адресу:**

Huntington Hospital  
Attn: Business Office / Financial Assistance Review  
100 W California Blvd  
Pasadena, CA 91109-7013

**Посетите сайт: [WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM](http://WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM) — полное описание программы.**