

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО К ЗАЯВКЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ БОЛЬНИЦЫ

Northwest Community Hospital (NCH) и центр Day Surgery Center II (DSV) предлагают различные программы финансовой помощи, соответствующие потребностям наших пациентов. Наши программы относятся только к платежам NCH и DSV. Обратите внимание, что вы получите отдельный счет от каждого независимого специалиста или группы специалистов за уход, лечение или оказанные услуги. Программа финансовой помощи больницы не распространяется на эти счета.

Помимо Программы финансовой помощи больницы, возможно, вы также можете претендовать на публичные программы, такие как Medicaid, Medicare или AllKids. Перед подачей заявки в Программу финансовой помощи больницы может быть необходима подача заявки в упомянутые программы. NCH и DSV помогут пациентам в участии в публичных государственных программах и процессе подачи заявок.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕТЕНДОВАТЬ НА БЕСПЛАТНЫЙ ИЛИ ЛЬГОТНЫЙ УХОД. Однако некоторые публичные программы, например Medicaid, требуют номер социального страхования. Представление номера социального страхования не является обязательным, но поможет больнице определить, имеет ли вы право на участие в каких-либо публичных программах.

ВЫ МОЖЕТЕ ПРЕТЕНДОВАТЬ НА БЕСПЛАТНЫЙ ИЛИ ЛЬГОТНЫЙ УХОД: Заполнение этой заявки поможет NCH и DSV определить, можете ли вы получить бесплатные или льготные услуги или участвовать в других программах, которые могут помочь вам с оплатой медицинских услуг. Просим заполнить эту форму и подать ее в больницу лично, по почте или по факсу, чтобы подать заявку на бесплатный уход, в течение 365 дней после выставления больницей первого счета за медицинский уход.

Финансовая помощь больницы, программа льгот и возможности оплаты включают:

Программа	Кому доступна:	Описание	Как подать заявку
Скидка при самостоятельной оплате	Незастрахованные пациенты	Предлагает автоматическую скидку на основании правил скидок при самостоятельной оплате NCH.	Заявка не требуется. Обратитесь к нашим специалистам по самостоятельной оплате по телефону: 847.618.4747, если вы уже получили выписку.
Предварительное право	Незастрахованные пациенты	Модель прогнозирования, включающая критерии, установленные правительством для получения 100% благотворительной скидки на уход.	Если возможно, заполните заявку на участие в Программе финансовой помощи.
Финансовая помощь	Застрахованные пациенты	Возможно получения скидки до 100% с остатка после страхового возмещения на основании размера и дохода семьи в соответствии с федеральным уровнем бедности. Застрахованные пациенты могут соответствовать только критериям финансовой помощи NCH, но НЕ льготам для незастрахованных пациентов в больницах штата Иллинойс.	Заполните заявку на участие в Программе финансовой помощи.
Финансовая помощь незастрахованным	Незастрахованные пациенты	Предлагает благотворительный или льготный уход на основании размера и дохода семьи в соответствии с федеральным уровнем бедности. Незастрахованные пациенты соответствуют критериям финансовой помощи NCH и льготам для незастрахованных пациентов в больницах штата Иллинойс.	Заполните заявку на участие в Программе финансовой помощи.
Скидка держателям страхования с крупными самостоятельными расходами	Незастрахованные и застрахованные пациенты	Ограничивает собственные расходы, если задолженность за медицинские услуги, относящиеся к уходу в больнице Northwest Community Hospital, превышает 25% брутто-дохода семьи пациента.	Определите, превышают ли ваши собственные расходы 25% брутто-дохода семьи. Если это так, заполните заявку на участие в Программе финансовой помощи.
План оплаты Программа финансовой помощи	Незастрахованные и застрахованные пациенты	Помогает пациентам погасить финансовые обязательства путем разработки плана оплаты.	Заявка не требуется. Обратитесь к нашим специалистам по самостоятельной оплате по телефону: 847.618.4747, если вы уже получили выписку.



Мы ответим вам в течение 45 дней после получения заполненной заявки и требуемых документов. Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна дополнительная помощь, обратитесь к нашему финансовому консультанту по телефону: 847.618.4542 или посетите веб-сайт: <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>, чтобы получить больше информации о Программах финансовой помощи больницы.

Подайте форму (заполненную, подписанную и датированную) вместе с требуемыми документами финансовому консультанту в больнице или отправьте по почте:

Northwest Community Hospital
Patient Services Center
ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Факс: 847-618-4549

Программа, в которую подается заявка:

- Финансовая помощь незастрахованным
- Финансовая помощь (остаток после страхового покрытия)
- Скидка держателям страхования с крупными самостоятельными расходами
- Предварительное право

Заявка для участия в Программе финансовой помощи больницы

ПРИМЕЧАНИЕ. Эта заявка относится только к платежам Northwest Community Hospital (NCH) и Day Surgery (DSV). В соответствии с правилами может взиматься плата за услуги врачей. Заполните обе стороны этой формы, подпишите ее и подайте вместе со всеми требуемыми документами.

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ * Если пациент несовершеннолетний, в качестве заявителя укажите родителя(-ей)/опекуна(-ов).			
Имя	Домашний телефон	Мобильный телефон	
Домашний адрес	Город	Штат	Индекс
№ социального страхования	Дата рождения	Эл. почта	
2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ/ИЖДИВЕНЦЫ			
Имя	Дата рождения	Отношение к заявителю	
3. ДАННЫЕ РАБОТОДАТЕЛЯ			
Имя получателя дохода	Название/имя и адрес работодателя	Срок работы и должность	
4. ДАННЫЕ О ПРОЧИХ ДОХОДАХ			
Укажите все источники доходов, включая дивиденды, проценты, пособия социального страхования, компенсацию работникам, стипендии на обучение и регулярную помощь от членов семьи, не живущих в том же домохозяйстве, государственную пенсию, частную пенсию, страховые или годовые выплаты, доход от аренды, роялти, недвижимости или трастов и ветеранские пособия.			
Имя получателя дохода	Тип дохода	Ежемесячный доход	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

5. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ИПОТЕЧНЫЙ ИЛИ АРЕНДНЫЙ ПЛАТЕЖ

\$ _____

**Если другое лицо(-а) обеспечивает основное покрытие повседневных расходов и/или проживание и питание или у вас нет ежемесячного ипотечного или арендного платежа, заполните форму основного покрытия расходов или представьте документ о полной уплате ипотеки.

6. АКТИВЫ

Немедленно доступные наличные или инвестиции, такие как сбережения и остаток на чековом счету. Активы не включают основное место жительства заявителя, не подлежащую конкурсу личную собственность или какие-либо средства, находящиеся в пенсионной схеме или на пенсионном вкладе. Также включите документацию для всех лиц, указанных как члены семьи/иждивенцы. Укажите активы и их приблизительную стоимость. Допустимые документы включают выписки финансовых учреждений или подтверждение стоимости активов какой-либо третьей стороной.

Владелец	Тип	Приблизительная стоимость

7. ПОДПИСЬ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вся информация в этой заявке является правдивой и верной. Я подам заявку в любую государственную, федеральную или местную программу помощи, на которую я могу претендовать, чтобы помочь оплатить этот больничный счет. Я понимаю, что больница может проверить указанную информацию, и я разрешаю больнице обращаться к третьим лицам для подтверждения верности информации, указанной мной в этой заявке. Я понимаю, что в случае осознанного представления неверной информации в этой заявке я могу лишиться права на финансовую помощь, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть отозвана, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета. Я незамедлительно уведомя NCH, если мое финансовое положение изменится.

Подпись заявителя	Дата: / /
Заявитель не может поставить подпись	Дата: / / Отношение к заявителю

ПРИЛОЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ К ПОДПИСАННОЙ И ДАТИРОВАННОЙ ЗАЯВКЕ

<input type="checkbox"/> Подписанную и датированную последнюю налоговую декларацию, включая все приложения с W-2 и 1099.
<input type="checkbox"/> Налоговую декларацию лица, у которого пациент является иждивенцем
<input type="checkbox"/> 2 последних зарплатных выписки (или другого подтверждения дохода), включающие последние 30 дней и доход с начала года.
<input type="checkbox"/> Банковская выписка со всех чековых/сберегательных счетов за последние 3 месяца.
<input type="checkbox"/> Подтверждение местожительства в штате Иллинойс (водительское удостоверение, последний счет за коммунальные услуги, договор аренды; о других формах подтверждения спрашивайте у финансового консультанта).
<input type="checkbox"/> Письмо о присвоении социального страхования.
<input type="checkbox"/> Письмо работодателя с данными по зарплате, если выплачивается наличными.
<input type="checkbox"/> Письмо о предоставлении пособия по безработице.
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенная форма основного покрытия расходов
<input type="checkbox"/> Подтверждение предварительного права (копия карты Link Card, продовольственные купоны, программа WIC, PADS ID, подтверждение статуса бездомного; за дополнительной информацией обращайтесь к финансовому консультанту).
<input type="checkbox"/> Форма подтверждения статуса самозанятого лица.
<input type="checkbox"/> Письмо о предоставлении пенсии.

НАПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ЗАЯВКУ И ДОКУМЕНТАЦИЮ ПО УКАЗАННОМУ НИЖЕ АДРЕСУ. ЗАЯВКУ И ДОКУМЕНТЫ NCH МОЖНО НАЙТИ НА ВЕБ-САЙТЕ: <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>



Northwest Community Hospital
Patient Services Center
ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Факс: 847-618-4549

Мы ответим вам в течение 45 дней после получения заполненной заявки и требуемых документов. Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна дополнительная помощь, обратитесь к нашему финансовому консультанту по телефону: 847.618.4542 или посетите веб-сайт: <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>, чтобы получить больше информации о Программах финансовой помощи больницы.