

## ПОЯСНИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО К ЗАЯВЛЕНИЮ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ОТ КЛИНИКИ

Northwest Community Hospital (NCH) и Day Surgery Center II (DSV) предлагают ряд программ финансовой помощи для удовлетворения потребностей наших пациентов. Наши программы относятся только к услугам NCH и DSV. Обратите внимание, что вам будет выставлен отдельный счет от каждого независимого врача или группы врачей за лечение, уход или оказанные услуги. Программа финансовой помощи клиники не покрывает такие расходы.

Помимо Программы финансовой помощи клиники, вы можете также иметь право на использование государственных программ, таких как Medicaid, Medicare или AllKids. Перед тем, как подать заявление об участии в Программе финансовой помощи клиники, возможно, вам придется сначала подать заявление об участии в такой государственной программе. NCH и DSV помогут пациентам с обращением для участия в государственных программах и с процессом регистрации.

**ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ, ЧТОБЫ ИМЕТЬ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ БЕСПЛАТНО ИЛИ ПО СНИЖЕННОЙ СТОИМОСТИ.** При этом для некоторых государственных программ, включая Medicaid, требуется номер социального страхования. Предоставление номера социального страхования не требуется, но это поможет клинике определить, имеете ли вы право на участие в государственных программах.

**ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ ПОМОЩИ БЕСПЛАТНО ИЛИ ПО СНИЖЕННОЙ СТОИМОСТИ:** Заполнение этого заявления поможет NCH и DSV определить, имеете ли вы право получить помощь бесплатно или по сниженной стоимости или оплатить медицинские услуги за счет других государственных программ. Заполните эту форму и предоставьте данное заявление в клинику лично, по почте или по факсу, чтобы обратиться за полной или частичной компенсацией стоимости услуг, в течение 240 дней после выставления клиникой первого счета за услуги.

Программы финансовой помощи и скидок и варианты оплаты услуг клиники включают в себя:

Программа	Кому доступна:	Описание	Как воспользоваться
<b>Скидка при оплате за свой счет</b>	Пациенты без страховки	Автоматическая скидка, применяемая к тарифам, на основании Политики NCH по предоставлению скидок при оплате за свой счет.	Заявление не требуется. Если вы уже получили выписку, свяжитесь с нашим специалистом по приему оплаты за свой счет по телефону 847.618.4747.
<b>Предполагаемое право на льготы</b>	Пациенты без страховки	Расчетная модель, включающая в себя критерии, определенные государством, позволяющая получить 100%-ю скидку в рамках благотворительной помощи.	По возможности заполните Заявление о предоставлении финансовой помощи.
<b>Финансовая помощь</b>	Пациенты, имеющие страховку	Пациенты могут получить скидку в рамках благотворительной помощи до 100% от суммы платежа, оставшейся после использования страховых средств, в зависимости от размера семьи и дохода, в соответствии с федеральным прожиточным минимумом. Пациенты, имеющие страховку, могут воспользоваться только Программой финансовой помощи NCH, но НЕ Программой предоставления скидок пациентам без страховки Hospital Uninsured Patient Discount штата Иллинойс.	Заполните Заявление о предоставлении финансовой помощи.
<b>Финансовая помощь пациентам без страховки</b>	Пациенты без страховки	Предлагает получение медицинской помощи бесплатно или по сниженной стоимости в зависимости от размера семьи и дохода, в соответствии с федеральным прожиточным минимумом. Пациенты без страховки могут обратиться для участия в Программе финансовой помощи NCH и в Программе предоставления скидок пациентам без страховки Hospital Uninsured Patient Discount штата Иллинойс.	Заполните Заявление о предоставлении финансовой помощи.
<b>Программа льгот для пациентов с низким доходом</b>	Пациенты без страховки и имеющие страховку	Ограничивает сумму собственных расходов, если медицинские расходы за услуги Northwest Community Hospital превышают 25% общего дохода семьи пациента.	Посчитайте, превышают ли ваши собственные расходы 25% от общего дохода семьи. Если превышают, заполните Заявление о предоставлении финансовой помощи.
<b>График платежей</b>	Пациенты без страховки и имеющие страховку	Обеспечивает выполнение пациентами их финансовых обязательств путем установки платежных договоренностей.	Заявление не требуется. Если вы уже получили выписку, свяжитесь с нашим специалистом по приему оплаты за свой счет по телефону 847.618.4747.

Мы свяжемся с вами в течение 45 дней с момента получения заполненного заявления и подтверждающих документов. Если у вас есть вопросы, или вам нужна дополнительная помощь, свяжитесь с финансовым консультантом по телефону 847.618.4542 или зайдите на сайт <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> для получения информации о программах финансовой помощи клиники.

О жалобах или проблемах, возникающих в связи с программами предоставления скидок пациентам без страховки или процессом предоставления финансовой помощи клиникой, вы можете сообщить в отдел здравоохранения при Генеральной прокуратуре штата Иллинойс.

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Горячая линия по вопросам здравоохранения 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

**Заявление подается для использования программы:**

- Финансовой помощи пациентам без страховки
- Финансовой помощи пациентам, имеющим страховку
- Программы льгот для пациентов с низким доходом
- Предполагаемого права на льготы

**Заявление об участии в программе финансовой помощи клиники**

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Это заявление действует только в отношении услуг Northwest Community Hospital (NCH) и Day Surgery (DSV). Услуги врачей могут оплачиваться в соответствии с политикой. Заполните это заявление с обеих сторон, подпишите и подайте его с приложением всех необходимых документов.

**1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ \*Если пациент является несовершеннолетним, в качестве заявителя указывается его родитель(и)/опекун(ы).**

Имя, фамилия		Домашний телефон	Мобильный телефон	
Адрес проживания		Город	Штат	Почтовый индекс
№ социального страхования	Семейное положение	Дата рождения	Адрес электронной почты	
Расовая принадлежность (необязательно)	Этническая принадлежность (необязательно)	Пол (необязательно)	Предпочтительный язык (необязательно)	

**2. ЧЛЕНЫ СЕМЬИ / ИЖДИВЕНЦЫ**

Имя, фамилия	Дата рождения	Кем приходится заявителю

**3. МЕСТО РАБОТЫ**

Имя, фамилия получателя дохода	Наименование и адрес места работы	Продолжительность работы и должность в организации

**4. ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ**

Перечислите все источники дохода, включая дивиденды, проценты, выплаты из фондов социального страхования, заработную плату, стипендии, регулярную финансовую помощь, получаемую от членов семьи, проживающих отдельно, государственные пенсионные выплаты, негосударственные пенсионные выплаты, страховые выплаты, выплаты по финансовым инструментам, доходы от предоставления недвижимости в аренду, авторские гонорары, доходы от собственности, трастовой деятельности и ветеранские пособия.

Имя, фамилия получателя дохода	Тип дохода	Ежемесячный доход

**5. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ИПОТЕЧНЫЕ ИЛИ АРЕНДНЫЕ ПЛАТЕЖИ**

\*\*Если другое(ие) лицо(а) оплачивает ваши повседневные расходы и/или жилье и питание, или если вы не осуществляете ежемесячных ипотечных или арендных платежей, заполните Форму первичного обеспечения или предоставьте подтверждение о выплате ипотеки.

<b>6. АКТИВЫ</b>		
<p>Непосредственно имеющиеся в распоряжении наличные денежные средства и средства во вкладах, например, средства на сберегательных и текущих счетах. Активы не включают в себя жилье заявителя, льготы в отношении личного имущества и суммы отчислений в пенсионные фонды. Приложите также документацию на каждое лицо, указанное как член семьи/иждивенец. Перечислите активы и их приблизительную стоимость. Подтверждающие документы включают в себя выписки финансовых организаций или иные документы от третьих сторон, подтверждающие стоимость активов.</p>		
Владелец	Тип	Приблизительная стоимость

<b>7. ПОДПИСЬ</b>		
<p>Я подтверждаю достоверность и точность сведений, указанных в этом заявлении. Я буду обращаться за помощью органов управления штатом, федеральных или местных органов управления, на которую я могу претендовать, для обеспечения оплаты данного счета из клиники. Я понимаю, что предоставленные сведения могут быть проверены клиникой, и я даю клинике право связываться с третьими лицами для проверки точности информации, представленной в данном заявлении. Я понимаю, что если я предоставлю заведомо ложную информацию в данном заявлении, я буду лишен права на получение финансовой помощи, предоставленной мне финансовая помощь может быть отозвана, и я буду обязан оплатить счет за услуги клиники. В случае изменения моего финансового положения я незамедлительно извещу NCH.</p>		
<b>Подпись заявителя</b>	<b>Дата</b> / /	
<b>Заявитель не может поставить подпись</b>	<b>Дата</b> / /	<b>Степень родства с заявителем</b>

**ПРИЛОЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ К ПОДПИСАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ С ПРОСТАВЛЕННОЙ ДАТОЙ**

<input type="checkbox"/> Последняя декларация по федеральному подоходному налогу, подписанная / с проставленной датой, включая все приложения с W-2 и 1099
<input type="checkbox"/> Налоговая декларация, подтверждающая, что пациент является иждивенцем
<input type="checkbox"/> 2 последних справки о заработной плате (или иной документ, подтверждающий доход), отражающие период в 30 дней и с начала года до текущего момента
<input type="checkbox"/> Выписки из текущих/сберегательных банковских счетов за 3 месяца, все страницы
<input type="checkbox"/> Документы, подтверждающие проживание на территории штата Иллинойс (водительское удостоверение, последний счет за коммунальные услуги, договор аренды, для уточнения других форм подтверждения обратитесь к финансовому консультанту)
<input type="checkbox"/> Письмо, подтверждающее участие в программе социального страхования
<input type="checkbox"/> Документ от работодателя о выдаче заработной платы при выплате наличными
<input type="checkbox"/> Документ, подтверждающий выплату пособий по безработице
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенная Форма первичного обеспечения с копией документа, удостоверяющего личность лица, подписавшего форму, с указанием его адреса
<input type="checkbox"/> Документы, подтверждающие предполагаемое право на льготы (копия карты Link, продовольственных карточек, документы об участии в программе обеспечения питанием WIC, удостоверение участника программы PADS, документы, подтверждающие отсутствие места жительства, дополнительную информацию уточняйте у финансового консультанта)
<input type="checkbox"/> Свидетельство о самостоятельной предпринимательской деятельности
<input type="checkbox"/> Документ о назначении пенсии

**ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ДОКУМЕНТАЦИЮ ПО УКАЗАННОМУ НИЖЕ АДРЕСУ. ФОРМУ ЗАЯВЛЕНИЯ И ДОКУМЕНТЫ NCH ВЫ МОЖЕТЕ НАЙТИ ЗДЕСЬ <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>**

Northwest Community Hospital  
 Отдел медицинской отчетности / финансового консультирования (Medical Records/Financial Counselors)  
 Для: Отдела финансового консультирования  
 800 West Central Road  
 Arlington Heights, IL 60005  
 Факс 847-618-4549

Мы свяжемся с вами в течение 45 дней с момента получения заполненного заявления и подтверждающих документов. Если у вас есть вопросы, или вам нужна дополнительная помощь, свяжитесь с финансовым консультантом по телефону 847.618.4542 или зайдите на сайт <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> для получения информации о программах финансовой помощи клиники.