

Уважаемые пациент/гарант!

Высылаем Вам бланк заявления на получение финансовой помощи, предоставляемой больницей Стивенс. Данным заявлением вы подкрепляете Вашу просьбу о финансовой помощи. Заполните бланк и вышлите его нам в течение **четырнадцати (14)** дней с момента уведомления больницы о необходимости финансовой помощи.

Необходимо документально подтвердить Ваш доход и размер семьи: (пожалуйста, не высылайте оригиналы, так как у нас не будет возможности вернуть их Вам).

1. Примеры документов, подтверждающих доход всех совершеннолетних
 - Корешки чеков заработной платы за текущий период
 - Справка об удержании W-2
 - Налоговую декларацию за последний календарный год
 - Уведомление о начале выплат пособия по безработице, или отказ в нем
 - Справка, подтверждающая доход от Медикейд или купон
 - Справка с места работы, с указанием ИН налогоплательщика – работодателя
 - Последний отчет банка о движении средств по счетам

2. Документы, подтверждающие наличие иждивенцев
 - Налоговая декларация с перечислением всех иждивенцев, других документов не требуется
 - Копии свидетельств о рождении иждивенцев или их карточек номеров социального обеспечения (social security cards)

Если Вы не можете представить все перечисленные документы, пожалуйста, приложите к Вашему заявлению письменное объяснение, по какой причине Вы не можете этого сделать.

Будем благодарны за своевременный ответ.

С уважением,

Больница Стивенс
Отдел по расчетам с пациентами
(425) 640-4230

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ БОЛЬНИЦЕЙ СТИВЕНС

Счет # _____
Счет # _____
Счет # _____

Дата услуги: _____
Дата услуги: _____
Дата услуги: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя: _____ Номер соцобеспечения (SSN): _____
Адрес: _____
Дом., тел.: _____ Раб., тел.: _____ Дата рождения: _____
Имя супруга (и): _____
Ответственное лицо (для несовершеннолетних пациентов): _____

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Перечислите всех ваших иждивенцев

Имя	Возраст	Родственное отношение

Всего членов семьи (включая пациента, супруга (у) и иждивенцев): _____
(если не хватает места – пишите на обороте)

ТРУДОУСТРОЙСТВО

Работодатель: _____ Должность: _____
Контактное лицо и телефон: _____
Если частный предприниматель, название компании: _____

Работодатель супруга (и): _____ Должность: _____
Контактное лицо и телефон: _____
Если частный предприниматель, название компании: _____

ТЕКУЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

- *Приложите копии корешков чеков заработной платы / выплат пособия по безработице за текущий период или последнюю налоговую декларацию:*

Месячный доход (Ваш): _____ Месячный доход (супруг(а)): _____
Иной доход (социальное обеспечение, содержание, алименты и т.п.): _____
Содержание или алименты, выплачиваемые вами: _____

Месячный доход (иной): _____

- *Включите подтверждение дохода всех перечисленных выше совершеннолетних иждивенцев в семье.*

Ставя свою подпись под данным заявлением, я даю разрешение больнице Стивенс проверить информацию о моем трудоустройстве и кредитную историю, с целью определить имею ли я право на бесплатное лечение или частичную оплату лечения. Я удостоверяю, что предоставленная информация является верной.

ПОДПИСЬ: _____ ДАТА: _____

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Семья. Семья – это группа из двух или больше лиц, родственных по рождению, браку или усыновлению/удочерению и проживающих вместе. Все они считаются одной семьей. Например, если пожилая брачная пара, их дочь, ее муж и двое детей, а так же племянник пары проживают совместно в одном доме или квартире, они считаются членами одной семьи.

Не состоящее в родстве лицо. Не состоящее в родстве лицо – это человек 15 лет и старше, проживающий с людьми, не состоящими с ним в родственных отношениях.

Домочадцы. Домочадцы - все лица, проживающие в одном доме или квартире, независимо от родственных отношений. Если семья и одно не состоящее в родстве лицо, или два не состоящих в родстве лица, проживают в одном доме или квартире, они будут считаться двумя семейными единицами, но все будут являться домочадцами (one household).

Семейная единица. Не состоящее в родстве лицо или семья (смотри определение выше) является одной семейной единицей. Семейная единица из одного человека – это не состоящее в родстве лицо, тогда как семейная единица из двух или трех лиц – это семья из двух или трех человек.

Помощь в чрезвычайных обстоятельствах: Семьи, чей доход превышает 400% уровня бедности, в чрезвычайных обстоятельствах могут иметь право на финансовую помощь в виде частичной компенсации затрат на медицинское обслуживание. Для этого требуются все перечисленные ниже документы, включая информацию по всем текущим расходам семьи, разнесенным по статьям. Так же, пожалуйста, включите документы, подтверждающие понесенные за последние 12 месяцев медицинские расходы.

Пожалуйста, верните заполненный бланк заявления на финансовую помощь (приложение А), поставив дату и подпись, и приложив к нему следующие документы:

- Последнюю налоговую декларацию
- Документы, подтверждающие наличие иждивенцев, не указанных в последней налоговой декларации.
- Письмо от лиц, оказывающих вам материальную помощь, в случае отсутствия дохода
- Корешки чеков заработной платы за 1 месяц или подтверждение статуса безработного.
- Последний отчет банка о движении по расчетному/сберегательному счету (квитанции банкоматов (АТМ) не принимаются)

С вопросами обращайтесь:

**ТАБЛИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
 ОБЕСПЕЧЕНИЯ (HHS) «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БЕДНОСТИ» И
 РУКОВОДСТВО ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НА 2007
 ГОД**

Таблица федерального уровня бедности ежегодно уточняется и публикуется в *Федеральном регистре*, выпускаемом Министерством здравоохранения и социального обеспечения США в соответствии с разделом 42 Свода законов США (U.S.C.) 9902(2). В административных целях, при определении права на льготы, данные о доходах за часть года могут быть использованы для расчета среднегодового дохода. Например, умножением на четыре суммы дохода, полученного за последние три месяца.

Уровень бедности в штатах континентальной части США и округе Колумбия на 2007:

<u>Семейная единица состоит из:</u>	<u>Уровень бедности</u>
1	\$10,210
2	\$13,690
3	\$17,170
4	\$20,650
5	\$24,130
6	\$27,610
7	\$31,090
8	\$34,570

На каждого дополнительного члена добавьте \$ 3,480

КРИТЕРИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

В следующей таблице представлены критерии, которыми руководствуется больница Стивенс при принятии решения о предоставлении финансовой помощи. Данные таблицы основаны на информации о составе семьи (количестве домочадцев) и доходе, рассчитанном по федеральному уровню бедности на 2007 год*.

Размер семьи	Период	Федеральный уровень бедности	Если доход $\leq 200\%$ (указан ниже) ФУБ, имеете право на 100 % списание	Если доход 201-300% ФУБ (указан ниже), имеете право на 48 % списание	Если доход 301-400% ФУБ (указан ниже), имеете право на 44 % списание
1	Год	\$10,210	\$20,420	\$30,630	\$40,840
	Месяц	\$851	\$1,702	\$2,553	\$3,404

2	Годовой	\$13,690	\$27,380	\$41,070	\$54,760
	Месяц	\$1,141	\$2,282	\$3,423	\$4,564
3	Годовой	\$17,170	\$34,340	\$51,510	\$68,680
	Месяц	\$1,431	\$2,862	\$4,293	\$5,724
4	Годовой	\$20,650	\$41,300	\$61,950	\$82,600
	Месяц	\$1,721	\$3,442	\$5,163	\$6,884
5	Годовой	\$24,130	\$48,260	\$72,390	\$96,520
	Месяц	\$2,011	\$4,022	\$6,033	\$8,044
6	Годовой	\$27,610	\$55,220	\$82,830	\$110,440
	Месяц	\$2,301	\$4,602	\$6,903	\$9,204
7	Годовой	\$31,090	\$62,180	\$93,270	\$124,360
	Месяц	\$2,591	\$5,182	\$7,773	\$10,364
8	Годовой	\$34,570	\$69,140	\$103,710	\$138,280
	Месяц	\$2,881	\$5,762	\$8,643	\$11,524

**Если ваш доход превышает указанный в таблице уровень дохода на размер вашей семьи, смотрите “Помощь при чрезвычайных обстоятельствах” на предыдущей странице.*