

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Midwest Orthopedic Specialty Hospital руководствуется принципом уважительного отношения к достоинству каждого человека, уделяя особое внимание лицам, которые столкнулись с барьерами, препятствующими их доступу к услугам здравоохранения. Мы несем равное обязательство распоряжаться своими медицинскими ресурсами как услугой, предоставляемой на благо всего местного сообщества. В связи с этим, *мы* предоставляем финансовую помощь определенным лицам, обращающимся к нам за неотложной медицинской помощью или другими необходимыми по медицинским показаниям услугами. Как часть требований, обозначенных программой финансовой помощи, будет необходимо определить ваше право на участие в программе Medicaid или других программах социальной помощи, включая, помимо прочего: BadgerCare – WI Medicaid; Elderly, Blind, Disabled (EBD); Alien Emergency Medical Assistance (AEMA); Victim of Violent Crime Compensation Fund (VOVC); Presumptive Disability/Medicaid; Social Security Disability/Income (SSD/SSI); Marketplace Health Insurance.

### Инструкции к Заявлению на участие в программе финансовой помощи Предоставьте следующие отмеченные документы:

(Пожалуйста, присылайте копии. Оригиналы документов возвращены не будут.)

Информация по каждому пункту должна быть предоставлена как для заявителя, так и для супруги/супруга

- Удостоверение личности заявителя
- Копия последней квитанции о начислении заработной платы/ваучера.
- Подтверждение ежемесячного дохода из программы социального обеспечения, если вы на пенсии или на инвалидности. (Пример: банковское заявление или письмо о назначении пособия)  Подтверждение выплат пособия по безработице.
- Подтверждение выплат пособия на ребенка и/или алиментов.
- Подтверждение пенсионных льгот и/или льгот по программе компенсационных выплат рабочим.
- Подтверждение получения продовольственных талонов, выплат по программе Family Investment Program (FIP), пособия на жилье и отопление.
- Заявители, получающие финансовую помощь на повседневные расходы от члена семьи или другого лица, должны предоставить либо письменное подтверждение от такого лица, либо документ о поддержке с указанием идентификатора субъекта, оказывающего эту поддержку.
- Копия вашей подписанной федеральной налоговой декларации за календарный год \_\_\_\_\_ в полном объеме, включая все schedules, если вы индивидуальный предприниматель и/или у вас есть ферма или доход от недвижимости.
- Если у вас нет медицинской страховки:
  1. Письмо от вашего работодателя и/или от работодателя супруги/супруга, подтверждающее, что страховка не предоставляется.
  2. Если вы отказались от медицинской страховки, предоставляемой вашим работодателем и/или работодателем супруги/супруга, укажите размер страховых взносов, которые вы должны были бы платить.
- Если у вас есть медицинская страховка:
  1. Подтверждение взносов, которые вы платите за медицинскую страховку.
- Требуется предоставить письмо с решением о предоставлении медицинского страхования, финансируемого из публичных фондов.

Позвоните в местное отделение Department of Human Services (Департамент социального обеспечения), чтобы подать заявление на программу Medicaid/Title 19 и/или на программу Medicaid Spend Down для лиц с чрезвычайно большими медицинскими расходами.

Получив ваше заполненное заявление и подтверждающие документы, Midwest Orthopedic Specialty Hospital даст вам ответ в письменной форме. Этот письменный ответ будет применен к визитам с датой выставления первого счета один год назад и один год вперед с даты одобрения, поэтому важно, чтобы вы заполнили и подали это заявление безотлагательно. Если по какой-либо причине по вашему заявлению будет получен отказ, в течение четырнадцати (14) календарных дней с даты письма-отказа пришлите письмо с обжалованием на адрес: Office of the Vice President of Revenue Cycle, Attn: 100% Charity Care and Financial Assistance Appeals Committee, Wheaton Franciscan Healthcare Corporate Services Office, 801 S. 60<sup>th</sup> Street, Suite 150, West Allis, WI 53214, разъяснив, почему заявление следует рассмотреть повторно, и предоставив любую дополнительную информацию.

**ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ, ПОЗВОНИТЕ: (866) 972-4687**

Дата: \_\_\_\_\_ Номер(-а) счета(-ов): \_\_\_\_\_

Фамилия, имя заявителя: \_\_\_\_\_ Фамилия, имя пациента: \_\_\_\_\_

Адрес заявителя: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон заявителя: \_\_\_\_\_ Номер соц. страхования (SSN): \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Семейное положение:  Неженат/незамужем  Женат/замужем  Вдовец/вдова  В разводе  Раздельное проживание

Фамилия, имя супруги/супруга: \_\_\_\_\_ Номер соц. страхования (SSN): \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя лица на иждивении	Дата рождения	Фамилия, имя лица на иждивении	Дата рождения
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____

**СВЕДЕНИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ, ДОХОДАХ И СТРАХОВКЕ (ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ ВСЕ ГРАФЫ):**

**ЗАЯВИТЕЛЬ**

Трудоустроены ли вы в настоящее время?  Да  Нет Вы подаете федеральную налоговую декларацию?  Да  Нет

Вы — индивидуальный предприниматель?  Да  Нет У вас есть медицинская страховка?  Да  Нет

Дата приема на работу: \_\_\_\_\_ Сумма ежемесячных выплат за медицинскую страховку: \$ \_\_\_\_\_

Как часто вы получаете оплату?  Еженедельно  Раз в две недели  Ежемесячно  Почасовая оплата: \$ \_\_\_\_\_

Сколько часов в вашем рабочем графике в каждый платежный период?  20  40  60  80  120  Другое \_\_\_\_\_

Текущий или последний работодатель: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

Ежемесячный совокупный доход: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

**СУПРУГА/СУПРУГ ЗАЯВИТЕЛЯ:**

Трудоустроены ли вы в настоящее время?  Да  Нет Вы подаете федеральную налоговую декларацию?  Да  Нет

Вы — индивидуальный предприниматель?  Да  Нет У вас есть медицинская страховка?  Да  Нет

Дата приема на работу: \_\_\_\_\_ Сумма ежемесячных выплат за медицинскую страховку: \$ \_\_\_\_\_

Как часто вы получаете оплату?  Еженедельно  Раз в две недели  Ежемесячно  Почасовая оплата: \$ \_\_\_\_\_

Сколько часов в вашем рабочем графике в каждый платежный период?  20  40  60  80  120  Другое \_\_\_\_\_

Текущий или последний работодатель: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

Ежемесячный совокупный доход: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

**ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА** (отметьте тип и укажите сумму):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка _____ | <input type="checkbox"/> Пенсионный аннуитет _____   |
| <input type="checkbox"/> Социальное обеспечение _____      | <input type="checkbox"/> Компенсации рабочим _____   |
| <input type="checkbox"/> Пенсия ветеранам войн _____       | <input type="checkbox"/> Доход от недвижимости _____ |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице _____      | <input type="checkbox"/> Другое (поясните) _____     |
| <input type="checkbox"/> Академические гранты _____        |  |

НАСТОЯЩИМ УДОСТОВЕРЯЮ, ЧТО ПО ИМЕЮЩИМСЯ У МЕНЯ СВЕДЕНИЯМ И ПО МОЕМУ УБЕЖДЕНИЮ ПРИВЕДЕННАЯ ВЫШЕ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ТОЧНОЙ. Я разрешаю раскрытие Wheaton Franciscan Healthcare информации, необходимой для подтверждения этого финансового заявления.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Супруга/супруг

\_\_\_\_\_  
Дата

192773 06/2016 (Russian)