

Уважаемый заявитель!

Если оплата расходов на медицинские услуги может стать для вас серьезным финансовым бременем, просим вас заполнить эту заявку.

Данная заявка поможет нам определить, сможем ли мы сократить расходы на услуги, оказанные Вам в каком-либо медицинском учреждении больниц Dartmouth-Hitchcock. Просим вас ответить на все вопросы, которые относятся к вам или членам вашей семьи. Любая предоставленная вами информация является конфиденциальной и будет рассматриваться только сотрудниками, занимающимися обработкой вашей заявки.

Если у вас есть медицинская страховка, вы также можете иметь право на получение финансовой помощи от других медицинских учреждений, которые входят в Сеть доступа к медицинским услугам штата Нью-Гэмпшир (NH Health Access Network). NH Health Access Network — это сеть больниц и других медицинских учреждений, которые делают все возможное для улучшения доступа к медицинским услугам для детей и взрослых жителей штата Нью-Гэмпшир, застрахованных на низкую сумму.

Чтобы получить финансовую помощь, вы должны были уже использовать все другие источники оплаты, включая страхование, социальную помощь, судебные иски или ответственность третьих лиц. Просим вас использовать приведенный ниже контрольный список, чтобы убедиться в том, что вся необходимая информация была включена.

	Требуется	Н/П
1. Заполненный экземпляр вашей последней декларации по федеральному подоходному налогу и все приложения к ней	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Копии всех последних форм W-2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Копии 3 (трех) последних корешков чеков на зарплату или заявление(-я) работодателя(-ей)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Копии 3 (трех) последних выписок по банковским счетам (напр., сберегательному, чековому, счету в паевом фонде, индивидуальному пенсионному счету (IRA), накопительному пенсионному счету 401K и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Копии заявлений о статусе безработного, получении пособий по инвалидности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Копии заявлений о получении пособий социального обеспечения и (или) пенсионного пособия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Копия карты с продовольственными купонами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Копии выписок об источниках дивидендов, доверительных фондах и налоге на имущество	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Копии уведомлений о государственной помощи		
Уведомления Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (все страницы)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Письма из Medicaid о расходовании избыточных доходов на оплату медицинских счетов, копии уведомлений об отказе в предоставлении Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Уведомления от Плана(-ов) страхования Premium Assistance и Плана(-ов) страхования, приобретенных на страховой бирже	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Вы будете продолжать нести финансовую ответственность за любые оказанные вам услуги до тех пор, пока от вас не будет получена заполненная заявка. Если вы не получите от нас ответа в течение 30 дней после подачи заявки или вам нужна помощь при ее заполнении, просим позвонить одному из наших Специалистов по защите прав пациентов по тел. (844) 647-6436. Часы работы: 9 - 16:30, понедельник - пятница.

Заполненные заявки следует направлять по одному из следующих адресов:

Dartmouth-Hitchcock Медицинский центр One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 Факс: (603) 650-6142	New London Hospital PO Box 2150 Кому: Финансовый директор New London, NH 03257 Факс: (603) 526-5085	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 Факс: (603) 354-6533	Mt. Ascutney Hospital and Health Center Кому: финансовому консультанту 298 County Road Windsor, VT 05089	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Факс: (603) 650-6142
---	---	--	--	--

Личную помощь при заполнении данной заявки можно получить по следующим адресам:

Dartmouth-Hitchcock Медицинский центр One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth-Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	Mt. Ascutney Hospital and Health Center 298 County Road Windsor, VT 05089 (802) 674-7233

Заявка на получение финансовой помощи

1. Информация о пациенте

Фамилия _____ Имя _____ Второй инициал _____ Номер социального страхования _____ Дата рождения _____

Номер дома и улица _____ Город _____ Штат _____ Почтовый код _____ Продолжительность проживания по данному адресу _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер домашнего телефона _____ Номер рабочего телефона _____

Холост/не замужем Женат/замужем Гражданский брак
 Проживаю отдельно Разведен(-а) Вдовец (вдова)
 Гражданин США Резидент штата Нью-Хэмпшир

2. Лицо, ответственное за оплату счета

Фамилия _____ Имя _____ Второй инициал _____ Номер социального страхования _____ Дата рождения _____

Адрес, если он отличается от адреса пациента _____ Номер домашнего телефона _____ Номер рабочего телефона _____

Название страховой компании _____ Дата вступления в силу _____

3. Просим указать ВСЕХ лиц, которые проживают в семье, включая заявителя: Если необходимо, используйте дополнительную страницу.

Полное имя _____ Кем приходится пациенту: _____ Дата рождения _____ Номер социального страхования _____ Подает заявку Да/Нет _____

1 _____
 2 _____
 3 Сам(а) _____
 4 _____
 5 _____
 6 _____

4. Эта заявка относится к будущим или прошлым услугам?

Будущим Прошлым Дата(-ы) оказания услуг: _____

5. Просим заполнить эту графу, если у кого-то в вашей семье есть страховка:

Медицинская страховка (План/Название) _____, Сберег. мед. счет (отметить) – Да Нет Кто: _____
 Политика №/ИН _____ Сумма франшизы: _____
 Medicare Часть А _____, Medicare Часть В _____, Получает помощь для оплаты Medicare Часть В _____ Кто: _____

6. Кто-нибудь из членов вашей семьи подавал заявление на получение Medicaid?

Да Нет Кто: _____
 Если да и был получен отказ, предоставьте копию уведомления Medicaid об отказе.

7. Вы подавали заявление на получение финансовой помощи в другое медицинское учреждение?

Да Нет Если да, то куда: _____

8. Кто-нибудь из членов вашей семьи находится в состоянии беременности? Да Нет

9. Кто-нибудь из членов вашей семьи служил/служит в армии? Да Нет Кто: _____

10. Вы недавно подавали заявление на получение компенсации за травму на рабочем месте или иск в связи с автомобильной аварией? Да Нет Дата: _____

11. Кто-нибудь в вашей семье имеет право на получение пособий социального обеспечения?

Да Нет Кто: _____

12. Кто-нибудь включает вас в качестве иждивенца в свою декларацию о подоходном налоге?

Да Нет Кто: _____

13. Информация о домашнем имуществе

	Член семьи 1	Член семьи 2	Член семьи 3
Имя каждого члена семьи:	_____	_____	_____
Название работодателя:	_____	_____	_____
Общий ежемесячный доход, полученный из следующих источников:			
Работа:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Индивидуальная трудовая деятельность:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Инвестиционные счета:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Сдача недвижимости в аренду:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Пособие по безработице:	с ММ / ДД / ГГГГ	с ММ / ДД / ГГГГ	с ММ / ДД / ГГГГ
Пенсия: (Соц. обеспечение, пенсия, страховая рента (annuity))	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Алименты / пособие на ребенка:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Государственная помощь, продовольственные купоны:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Другие виды доходов:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Сбережения и инвестиции:			
Остаток на расчетных счетах	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Остаток на сберегательных счетах и депозитных сертификатах	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Индивидуальный пенсионный счет (IRA), пенсионный счет без вычета налогов 403В, пенсионный накопительный счет 401К:			
Более подробно: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Другие сбережения и инвестиции:	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Более подробно: _____			

14. Хозяйственные расходы

Ежемесячная арендная плата: _____ долл. США Ипотечный платеж: _____ долл. США Остаток по ипотеке: _____ долл. США
Сумма налога на имущество, не включенная в вышеуказанную сумму платежа: _____ долл. США Стоимость дома: _____ долл. США
Вы владеете каким-либо другим имуществом помимо основного места проживания? Да Нет
Если да, его стоимость _____ долл. США Остаток по ипотеке: _____ долл. США
Если другой вид имущества является бизнесом, укажите адрес: _____ Ежемесячный платеж по кредиту: _____ долл. США
Кому уплачивается: _____ долл. США За что: _____
Medicare Часть D вычитается из суммы чека социального обеспечения: Да Сумма: _____ долл. США
Алименты / пособие на ребенка _____ долл. США Страхование (авто/жизни/имущества) _____ долл. США Другое: _____ долл. США
Алименты / пособие на ребенка _____ долл. США Взнос медицинского страхования _____ долл. США Другое: _____ долл. США
Детские учреждения _____ долл. США Счета за медицинские услуги _____ долл. США Другое: _____ долл. США
Расходы на проживание (бензин, еда, одежда) _____ долл. США Лекарства _____ долл. США Другое: _____ долл. США

Я, нижеподписавшийся, даю разрешение на получение моего кредитного рейтинга и (или) налоговой декларации. Я понимаю, что налоговая декларация необходима для обработки данной заявки и что может понадобиться дополнительная информация для определения моих прав на получение помощи. В случае неполного раскрытия или неверного сообщения мной информации о доходах или активах согласие предоставить мне услуги с благотворительной скидкой будет считаться утратившим юридическую силу, и неоплаченные счета будут вновь действительны на дату их выставления. Я могу нести ответственность за какие-либо/все юридические издержки в период взыскания задолженности.

Все нижеподписавшиеся взрослые члены семьи дают разрешение на раскрытие медицинской, финансовой или служебной информации, которая непосредственно связана с их медицинским обслуживанием или их правами на получение финансовой помощи. Данная информация может быть предоставлена любым медицинским учреждениям, в которые члены семьи обращались за медицинскими услугами или финансовой помощью. Вся предоставленная информация останется конфиденциальной в соответствии с положениями федеральных правил Закона по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании (HIPAA). Медицинские услуги, оказанные по желанию пациента, не могут рассматриваться на предмет получения помощи.

Я согласен (согласна) вернуть всю сумму финансовой помощи, если получу платеж любого рода для оплаты медицинских услуг, которые покрывает данная заявка, например, страховые выплаты, выплаты по государственным программам, выплаты по решению суда или какие-либо другие.

Если я получу финансовую помощь, я согласен (согласна) сообщить организации, в которую я изначально обратился (-лась), о любых изменениях, которые могут повлиять на мои права на получение помощи, в том числе об изменении количества членов семьи, дохода и страхового медицинского покрытия. Я понимаю, что если моя/наша медицинская ситуация изменится таким образом, что я/мы сможем получить право на участие в программе государственной помощи, мне нужно будет подать заявку на участие в этой программе и предоставить доказательства подачи такой заявки.

Подпись заявителя _____ Дата _____

Подпись совместного заявителя _____ Дата _____