

Уважаемый заявитель!

Заполните эту заявку, если вам трудно оплачивать медицинское обслуживание.

Это приложение помогает нам решить, можем ли мы снизить ваши расходы на медицинское обслуживание в учреждениях Dartmouth Health. Ответьте на все вопросы для вас и вашей семьи. Ваша информация конфиденциальна. Она будет передана только сотрудникам, которые обрабатывают вашу заявку.

Если ваш доход и иммиграционный статус соответствуют требованиям Medicaid, вам нужно будет подать заявление. Мы можем помочь вам в этом. Если вы попадете в аварию, вам сначала потребуется исчерпать другие источники возмещения расходов, например выплаты в рамках страхования ответственности третьих лиц.

Нам необходимо подтверждение вашего дохода и ликвидных активов, чтобы определить, соответствуете ли вы требованиям для получения финансовой помощи. Предоставьте следующее:

Необходимые документы

- **Доход:** полная копия вашей последней декларации по федеральному подоходному налогу, а также все приложения и формы (например, 1040, 1099 и т. д.). Примечание. Если вы не подаете налоговые декларации или они не отражают ваш текущий доход, ознакомьтесь с альтернативными вариантами документов ниже.
- **Ликвидные активы:** копии 2 (двух) последних банковских или иных финансовых выписок (например, по сберегательному счету, текущему счету, счету денежного рынка и т. д.) по каждому счету, принадлежащему лицу, подающему заявление.

Альтернативные документы о доходах

- **Если вы работаете по найму:** копии 2 (двух) последних расчетных листов от всех работодателей для каждого человека, подающего заявление. Если они недоступны, предоставьте письменную справку от работодателя с информацией о доходах.
- **Если вы не работаете:** копия справки о пособиях по безработице, если применимо (например, чек, банковская выписка, онлайн и т. д.).
- **Если вы самозанятый(-ая):** отчет о прибылях и убытках за последние 3 месяца.
- **Если вы владеете сдаваемой в аренду недвижимостью:** доход от аренды – копия текущего Приложения Е формы Налоговой инспекции США (Internal Revenue Service, IRS).
- **Если вы получаете пособие по инвалидности от службы социального обеспечения:** копия справки/уведомления о назначении пособия по инвалидности, чека, выписки из банка, распечатка из интернета и т. д.
- **Если вы получаете пособие по социальному обеспечению, пенсию, пенсионное пособие:** копия вашего уведомления о назначении пособия/пенсии, корешка чека, банковской выписки и т. д. Примечание. Сведения о дополнительном доходе по социальному обеспечению (SSI) предоставлять не требуется.
- **Другие виды дохода:** если вы получаете доход, не указанный в этом документе, позвоните нашим специалистам по защите прав пациентов по тел. 844-647-6436, чтобы определить необходимую документацию.

Вы будете продолжать нести финансовую ответственность за любые оказанные вам услуги до тех пор, пока от вас не будет получено заполненное заявление. Если вы не получите от нас ответа в течение 30 дней после подачи заявления или вам нужна помощь при его заполнении, просим позвонить одному из наших специалистов по защите прав пациентов по телефону 844-647-6436.

Часы работы: 9:00–16:30, понедельник–пятница.

Помощь при заполнении данного заявления можно получить при личном посещении следующих адресов:

Dartmouth-Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
603-650-6222

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
тел. 603-526-5503

Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Mt. Ascutney Hospital
and Health Center
298 County Road
Windsor, VT 05089
802-674-7233

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Alice Peck Day
Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Заполненные заявления
следует направлять
по следующему адресу:**

Dartmouth-Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Факс: 603-640-1913

Заявка на получение финансовой помощи

1. Информация о пациенте

Фамилия	Имя	Второй инициал	№ социального страхования	Дата рождения
Номер дома и улица		Город	Штат	ZIP
Почтовый адрес (если отличается от вышеуказанного)		Город	Штат	ZIP
Домашний телефон		Рабочий телефон		
☐ Холост/не замужем ☐ Женат/замужем ☐ Гражданский брак ☐ Проживаю отдельно ☐ Разведен(-а) ☐ Вдовец (вдова)				

2. Перечислите всех иждивенцев, входящих в ваше налоговое домохозяйство.

(Домохозяйство определяется как сам человек, супруг(-а)/партнер(-ша) по совместному проживанию и все иждивенцы).

	Полное имя	Родство с пациентом	дата рождения;	№ социального страхования	Подает заявку Да/Нет
1	Сам(а)				
2					
3					
4					
5					
6					

3. Эта заявка относится к будущим или прошлым услугам? ☐ Будущие ☐ Прошлые даты оказания услуг: _____

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

Медицинская страховка (план/название) _____ Медицинский сберегательный счет ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____
 Номер полиса _____ Сумма франшизы: _____
 Часть А программы Medicare ____, Medicare Часть В ____, получает помощь в оплате Части В программы Medicare ____, Кто именно: _____

5. Кто-нибудь из членов вашей семьи подавал заявление на получение Medicaid? ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

Если «Да», но вам было отказано, предоставьте копию уведомления Medicaid об отказе.

6. Есть ли среди членов вашей семьи, включенных в вашу налоговую декларацию, беременная женщина?

☐ Да ☐ Нет

7. Служил ли кто-либо из членов вашей семьи, включенных в вашу налоговую декларацию, в вооруженных силах?

☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

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

9. Имеет ли кто-либо из членов вашей семьи, включённых в вашу налоговую декларацию, право на получение пособий социального обеспечения? ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

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

☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

11. Информация о доходах и ликвидных активах налогового домохозяйства

	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 ДД.ММ.ГГГГ _____	с ДД.ММ.ГГГГ _____	с ДД.ММ.ГГГГ _____
Пенсия: (Соц. обеспечение, пенсия, страховая рента (annuity))	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Алименты: (по соглашениям, заключенным до 2019 года)	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____

Сбережения и ликвидные активы:

Остаток на расчетных счетах	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Остаток на сберегательных счетах и депозитных сертификатах	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____
Другие ликвидные сбережения и инвестиции:			
Более подробно: _____	долл. США _____	долл. США _____	долл. США _____

Дополнительная информация

Предоставьте любую другую информацию о вашей текущей финансовой ситуации, о которой вы хотели бы нам сообщить, например, о трудностях с оплатой счетов, аренды или еды.

Ставя свою подпись ниже, я даю согласие на запрос моей 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 утратит юридическую силу с обратным действием до даты возникновения задолженности по счетам. 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 учреждением, 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 смогу(-жем) получить право на участие в программе государственной помощи, мне (нам) может потребоваться подать заявление на участие в этой программе и предоставить доказательства подачи такого заявления.

Подпись заявителя

Дата

Подпись созаемателя

Дата