

John Muir Health рада предложить программу для своих пациентов, которым нужна помощь в оплате счетов за медицинское обслуживание. Программа полностью финансируется компанией John Muir Health в рамках наших основных обязательств перед обществом, которых мы придерживаемся. Не забывайте, что участие в программе финансовой помощи пациентам сети John Muir Health не распространяется на услуги других провайдеров, которые не работают непосредственно в медицинском центре, или на услуги, которые предоставляются за пределами одной из наших больниц. Программа покрывает только счета за предоставленное больничное обслуживание, за которое вам был выставлен первоначальный счет, и не покрывает автоматически последующее обслуживание.

Для того чтобы ваше заявление было рассмотрено, необходимо предоставить определенные документы. Предоставьте указанную ниже информацию о себе и всех взрослых, проживающих в вашей семье, которые указывают вас в своих налоговых декларациях или оплачивают ваши расходы на проживание, поскольку программа финансовой помощи основывается на доходах всей семьи. Если вы не можете предоставить следующую информацию, опишите, почему.

Первоначальное требование соответствия:

- ☐ Доход вашей семьи должен составлять не более 400% от федерального уровня бедности (FPG) с учетом членов семьи. Пороги доходов указаны в таблице ниже.

Размер семьи	1	2	3	4	5	6	7	8	9
400% от FPG	62 600	84 600 \$	106 600 \$	128 600 \$	150 600 \$	172 600 \$	194 600 \$	216 600 \$	222 100 \$

Требования к документам:

- ☐ **Налоговая декларация** за год, в котором пациенту впервые был выставлен счет; или за 12 месяцев до того, как пациенту впервые был выставлен счет, ИЛИ платежные ведомости за 6-месячный период до или после того, как пациенту впервые был выставлен счет больницей, на каждого члена семьи. *[Под членом семьи подразумевается (1) для лиц, достигших 18 лет, и старше - супруг/супруга, гражданский супруг/гражданская супруга, согласно определению, приведенному в разделе 297 Семейного кодекса, и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или любого возраста, если они инвалиды, в соответствии с разделом 1614(a) части А раздела XVI Закона о социальном обеспечении, независимо от того, проживают они в доме или нет. (2) Для лиц младше 18 лет или для ребенка-иждивенца в возрасте от 18 до 20 лет, включительно, - родители, родственники, осуществляющие уход, и другие дети-иждивенцы родителей или родственников, осуществляющих уход, в возрасте до 21 года или любого возраста, если они являются инвалидами, в соответствии с разделом 1614(a) части А раздела XVI Закона о социальном обеспечении.]*

Если у вас нет страховки:

- ☐ Порекомендуйте пациенту подать заявку на медицинское страхование через Covered California (888) 975-1142, если он старше 18 лет, и предоставить копию письма с определением, в котором указывается, отказался ли заявитель от участия в программе или имеет ли он право на участие в программе. Приложите копию страховой карты, если это необходимо.
- ☐ Если пациент - несовершеннолетний или содержит несовершеннолетних детей, рекомендуется подать заявку на Medi-Cal (800) 709-8348 и предоставить копию постановления, было ли заявителю отказано в участии в программе или он может в ней участвовать.

Кроме того, если у вас есть страховка:

- ☐ Доказательство того, что ваши медицинские расходы (с учетом всех членов вашей семьи) превышали меньшую из двух величин: 10% семейного дохода вашей семьи за последние 12 месяцев с момента подачи заявления или ваш текущий семейный доход. Перечислите все оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если подписанное вами заявление и заполненная информация не будут получены, John Muir Health не сможет рассмотреть вашу просьбу о помощи, и дальнейшая деятельность по сбору средств будет продолжена.

Если у вас возникли вопросы, свяжитесь с нашим отделом обслуживания клиентов по адресу: (925) 947-3336.

1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ		
Фамилия	Имя	Дата рождения:

2. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ		Отношения с пациентом		Семейное положение	
		☐ Пациент - это я ☐ Супруг/супруга ☐ Родитель ☐ Другое		☐ Женат/замужем ☐ Не замужем/неженат	
Фамилия	Имя	Дата рождения		Номер социального страхования	
Адрес улицы (без абонентского ящика)	Город	Штат	Округ	Почтовый индекс	
Как долго вы проживаете по этому адресу?	Работаете ли вы в настоящее время?			Как долго?	
Домашний телефон	Мобильный телефон			Другой контакт	

3. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ				
Есть ли у пациента законный опекун? ☐ Да ☐ Нет (Если да, укажите информацию об опекуне ниже)				
Фамилия	Имя	Отношения с пациентом		
		☐ Пациент - это я ☐ Супруг/супруга ☐ Родитель ☐ Другое _____		
Адрес улицы	Квартира/офис	Город	Штат	Почтовый индекс

4. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ
(Для лица, которое несет финансовую ответственность за счет, если это не сам пациент)

Сколько человек, включая вас, проживает в вашей семье? _____

Сколько членов семьи вносят свой вклад в ваш семейный доход _____

Сколько членов семьи в возрасте до 21 года, за которых вы несете финансовую ответственность, проживает в вашем доме? _____

Имя	Возраст	Доход	Отношения		

Являетесь ли вы владельцем своего дома? ☐ Да ☐ Нет

Проживаете ли вы в доме родителей или других взрослых? ☐ Да ☐ Нет

Платите ли вы за жилье? ☐ Да ☐ Нет Какова сумма месячной арендной платы? _____

Получаете ли вы в настоящее время финансовую помощь на посещение школы? ☐ Да ☐ Нет

Общая сумма финансовой помощи: _____ долларов США/полгода или _____ долларов США/год

Получаете ли вы в настоящее время государственную помощь? Пожалуйста, отметьте все, что к вам применимо.

- ☐ Талоны на питание
☐ Субсидия на оплату жилья
☐ Выплата по случаю производственной травмы
- ☐ Инвалидность
☐ Социальное обеспечение/женщины, младенцы, дети
- ☐ Другое (пожалуйста, укажите): _____

Указывают ли ваши родители или опекуны, что вы находитесь на их иждивении, при уплате подоходного налога? ☐ Да ☐ Нет

Декларировали ли вы свои налоги в прошлом году? ☐ Да ☐ Нет

Был ли ваш скорректированный валовой доход меньше 14 600 долларов США ☐ Да ☐ Нет

5. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАНЯТОСТИ И МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
(Для пациента, на чье имя был выписан счет)

Работаете ли вы в настоящее время или работали в то время, когда вам предоставлялось медицинское обслуживание? Да ☐ Нет

Предлагает ли ваш работодатель медицинское страхование своим сотрудникам? ☐ Да ☐ Нет

Подпадаете ли вы под действие этой медицинской страховки? ☐ Да ☐ Нет

Если нет, объясните, почему. _____

Работает ли в настоящее время ваш супруг(-а)/гражданский(-ая) супруг(-а) (или родитель, если пациент несовершеннолетний) или работал(-ла) в то время, когда вам предоставлялось медицинское обслуживание? ☐ Да ☐ Нет

Предлагает ли работодатель вашего супруга(-и)/гражданского(-ой) супруга(-и) (или родителя, если пациент несовершеннолетний) медицинское страхование своим сотрудникам? ☐ Да ☐ Нет

Подпадаете ли вы под действие этой медицинской страховки? ☐ Да ☐ Нет

Если нет, объясните, почему. _____

6. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ

(Для пациента, на чье имя был выписан счет)

Подávalи ли вы заявление на участие в какой-либо из перечисленных ниже программ за последние 12 месяцев после подачи данного заявления? Отметьте все программы, которые применимы.

- ☐ Medi-Cal ☐ Здоровые семьи ☐ Medicare ☐ Базовый уход за взрослыми
☐ Жертвы насильственных преступлений ☐ Инвалиды штата

7. СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

(ДЛЯ ВСЕХ ВЗРОСЛЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕМЬЕ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТ СВОЙ ВКЛАД В ВАШЕ ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ) *[Под членом семьи подразумевается (1) для лиц, достигших 18 лет, и старше - супруг/супруга, гражданский супруг/гражданская супруга, согласно определению, приведенному в разделе 297 Семейного кодекса, и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или любого возраста, если они инвалиды, в соответствии с разделом 1614(a) части A раздела XVI Закона о социальном обеспечении, независимо от того, проживают они в доме или нет. (2) Для лиц младше 18 лет или для ребенка-иждивенца в возрасте от 18 до 20 лет, включительно, - родители, родственники, осуществляющие уход, и другие дети-иждивенцы родителей или родственников, осуществляющих уход, в возрасте до 21 года или любого возраста, если они являются инвалидами, в соответствии с разделом 1614(a) части A раздела XVI Закона о социальном обеспечении.]*

Заявление может быть отклонено, если будут предоставлены не все документы. Если какой-либо документ отсутствует, пожалуйста, объясните, почему.

- Налоговая декларация за год, в котором пациенту впервые был выставлен счет; или за 12 месяцев до того, как пациенту впервые был выставлен счет
- ИЛИ
- Квитанции об оплате за 6-месячный период до или после того, как больница впервые выставила счет пациенту, на каждого члена семьи

8. КОММЕНТАРИИ

Укажите любую дополнительную информацию, которая не была указана в данном заявлении.

9. ПОДПИСЬ И ДАТА (ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ)

Я подтверждаю, что вся информация является достоверной и полной, и настоящим разрешаю John Muir Health запросить кредитную историю и/или проверить любое из вышеуказанных сведений, если потребуется. Я понимаю, что неполные заявления, включая заявление без подписи, могут быть отклонены. Я согласен/согласна уведомлять John Muir Health о любых изменениях в своих финансовых обстоятельствах, которые могут повлиять на мое право на получение финансовой помощи.

Подпись заявителя

Дата

ВЕРНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ ПО АДРЕСУ:

**JOHN MUIR HEALTH
5003 КОМЕРШЕЛ СЕРКЛ
КОНКОРД, ШТАТ КАЛИФОРНИЯ 94520
ВНИМАНИЮ: ЕДИНОГО СЛУЖЕБНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ**

Заполненное вами заявление на
помощь пациенту вместе с
запрашиваемой документацией
защитит счет от дальнейших действий
по взысканию задолженности

**Не забудьте заполнить все заявление и отправить его вместе
со всеми необходимыми документами, перечисленными в
сопроводительном письме.**

**Неполное заявление может не соответствовать требованиям для участия в
программе.**

Свяжитесь со службой поддержки по телефону 925-947-3336, если:

- У вас есть вопросы касательно заполнения заявления
- Вам нужна помощь в заполнении заявления