

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

Распечатайте и заполните все разделы заявления, которые применяются к вам.
Данное заявление не может быть заполнено в электронном виде.
Ознакомьтесь со всеми инструкциями до заполнения заявления.

Данное заявление используется для оценки вашего права на получение финансовой помощи для оплаты счетов на медицинское обслуживание от поставщиков услуг Partners HealthCare. Вы можете использовать данное заявление для подачи заявки на оказание финансовой помощи для оплаты счетов на медицинское обслуживание от любой из следующих организаций Partners HealthCare:

Больница Massachusetts General Hospital	Организация врачей-терапевтов Массачусетса (Massachusetts General Physicians Organization)
Больница Brigham & Women's Hospital	Организация врачей Brigham and Women's (Brigham and Women's Physicians Organization)
Медицинский центр North Shore Medical Center	Группа врачей North Shore (North Shore Physicians Group)
Больница Newton-Wellesley Hospital	Медицинская группа Newton-Wellesley Medical Group
Больница Brigham & Women's Faulkner Hospital	Больница Martha's Vineyard Hospital
Больница Nantucket Cottage Hospital	Медицинская группа Nantucket Cottage Medical Group
Больница Cooley-Dickenson Hospital	Медицинская группа Cooley-Dickenson Medical Group
Сеть Spaulding Rehabilitation Network	Больница McLean Hospital

Финансовая помощь Partners не рассматривается в качестве замены регистрации в любой доступной программе медицинского страхования. Скидки ограничиваются на основании типа предоставляемых услуг и места, где предоставляется обслуживание.

- Услуги в рамках Неотложной помощи и Срочной помощи, как правило, рассматриваются для получения скидок.
- В большинстве случаев Плановые услуги, Услуги постэкстренной помощи и Услуги психологической и психиатрической помощи (не являющиеся неотложными) исключены из сферы применения Скидок в рамках оказания финансовой помощи. Плановые услуги, Услуги постэкстренной помощи и Услуги психологической и психиатрической помощи обычно проверяются с финансовой точки зрения до оказания услуги и могут быть отложены исходя из общего состояния здоровья пациента после их рассмотрения соответствующими поставщиками услуг.
- Прочие услуги всегда исключаются из сферы применения Скидок в рамках оказания финансовой помощи.
- Как правило, исключаются из сферы применения скидок доплаты, суммы, выплачиваемые пациентом в рамках совместного страхования, или франшизы.

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

В случае если вы не подавали заявление на помощь по государственной программе, на которую вы можете иметь право, мы можем отклонить ваше заявление или продлить срок его рассмотрения. Если вам требуется содействие в подаче заявления на государственную программу финансовой помощи, обратитесь к одному из Финансовых координаторов PHS.

Вы должны предоставить все сведения в отношении любого иного страхового покрытия, претензии в рамках страхования ответственности перед третьими лицами, страхования автогражданской ответственности или компенсационного страхования работников.

При наличии у вас вопросов по данному заявлению обратитесь в отдел [финансового обслуживания пациентов](#) в вашей больнице или позвоните по телефону: (617) 726-3884.

Инструкция по заполнению заявления

- Заполните все нужные разделы заявления; в разделе будет указано, если он может быть оставлен незаполненным.
- Приложите копию вашего водительского удостоверения, иного удостоверяющего личность документа с фотографией или документов, которые подтверждают ваше текущее место жительства. На всех прилагаемых документах должно быть указано ваше имя (Раздел 1).
- Приложите документы, подтверждающие ваш доход (Раздел 3 и Раздел 4).
 - Приложите копию вашей последней налоговой формы IRS 1040 или 1040A
 - Если за последнее время ваш доход изменился, добавьте такие документы, как квитанции о начислении заработной платы (не менее 4), подтверждение получения пособия по безработице, выписки с банковских/инвестиционных счетов и (или) подтверждение получения социального пособия.
- Если доход вашей семьи превышает 300% от действующего Федерального уровня бедности США (FPL), вы должны также заполнить Раздел 5. Ваш доход превышает 300% от FPL, если ваш доход выше следующих лимитов:

Количество членов семьи	1	2	3	4	5
FPL 2019 года	37,476	50,736	63,996	77,256	90,516
	долл. США	долл. США	долл. США	долл. США	долл. США

- Активы могут использоваться для определения вашей возможности оплачивать счета за медицинское обслуживание. Вы должны предоставить информацию о своих активах, если к вас применяется любое из следующих условий (Раздел 6):
 - Ваше постоянное место жительства находится за пределами территории Соединенных Штатов Америки.
 - Вы требуете скидку по услуге, которая, как правило, не подпадает под действие условий о предоставлении скидок (например, оплата обслуживания, не являющегося

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

неотложным, доплаты, суммы, выплачиваемые пациентом в рамках программы совместного страхования, или франшизы).

- Вы требуете скидку в Больнице McLean Hospital, организации Partners HealthCare at Home, предоставляющей обслуживание на дому, или организации сети Spaulding Network.

- Необходимо вернуть заполненные заявления непосредственно одному из [Финансовых координаторов пациентов PHS](#) ИЛИ по почте:

Partners HealthCare
Patient Billing Solutions (Департамент биллинговых решений)
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Для обеспечения своевременного рассмотрения вашего заявления заполните все разделы (кроме случаев, когда указано иное). Обработка заявления может быть отложена в случае отсутствия необходимой информации или документации.

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

1. ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Заполните данный раздел о заявителе. Заявителем является либо сам пациент, либо лицо, несущее финансовую ответственность за пациента.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ: Приложите документы, которые подтверждают место жительства: водительское удостоверение, иной удостоверяющий личность документ с фотографией или документы, которые подтверждают ваше текущее место жительства. На всех прилагаемых документах должно быть указано ваше имя.

Фамилия	Имя	Средние инициалы
Дата рождения	Пол Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/>	
Номера телефона Домашний: ()) Рабочий: ()) Мобильный: ())	Почтовый адрес (включая город, штат и почтовый индекс)	
Имя пациента (если отличается от имени заявителя)	Даты оказания услуг пациенту (включая место оказания услуг)	
Дата рождения пациента (если отличается от даты рождения заявителя)		

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

Номер медицинской карты (MRN) и номер счета пациента (выписка)	
---	--

2. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Если применимо, укажите данные о супруге заявителя и его детях до 19 лет, которые проживают с заявителем. Данный раздел может быть оставлен незаполненным, если заявитель не проживает с супругой (супругом) или детьми.

Имя члена семьи	Родственные отношения	Дата рождения

3. ЗАРАБОТАННЫЕ ДОХОДЫ

Заполните данный раздел о заработанных доходах заявителя и каждого члена домохозяйства, указанного в Разделе 2, который работает. **Укажите общий доход, который представляет собой доход до налогообложения и удержаний.** Данный раздел может остаться незаполненным, если заявитель и его члены домохозяйства не имеют заработанных доходов.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ: приложите документы, которые подтверждают доходы: квитанции о начислении заработной платы, документы о подоходном налоге, формы W2, банковские выписки или прочие доказательства.

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

Имя работающего члена семьи	Наименование и адрес работодателя	Общая сумма заработанных доходов	Периодичность <i>отметить один вариант</i>	Для служебных отметок
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
			<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	

4. ПРОЧИЕ ДОХОДЫ

Заполните данный раздел о прочих доходах заявителя и каждого члена домохозяйства, указанного в Разделе 2, который получает иные доходы. Прочие доходы представляют собой денежные суммы, которые вы получаете и источником которых не является работодатель. **Укажите общий доход, который представляет собой доход до налогообложения и удержаний.** Данный раздел может остаться незаполненным, если заявитель и его члены домохозяйства не имеют иных доходов.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ: приложите документы, которые подтверждают доходы: квитанции о начислении заработной платы, документы о подоходном налоге, формы W2, банковские выписки или прочие доказательства.

Тип дохода	Член (члены) семьи получающие доходы	Общая сумма к получению	Периодичность <i>отметьте один вариант</i>	Для служебных отметок
Пособие по безработице			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Социальное обеспечение			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Ветеранские пособия			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

Пособия и пенсии			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Детские пособия и алименты			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Арендный доход			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Компенсация работникам			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Доход в виде дивидендов и процентов			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Прочее			Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	

5. ПРОЧИЕ РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Данный раздел может не применяться к вам. Заполните данный раздел, только если доход вашей семьи превышает 300% от Федерального уровня бедности (в соответствии с данными на странице 2).

Если уровень вашего дохода превышает 300% от Федерального уровня бедности, вы должны указать расходы на медицинское обслуживание, понесенные в местах, не указанных на странице 1 (т.е. не в учреждениях Partners HealthCare). Данный раздел может остаться незаполненным, если доход вашей семьи не превышает 300%, или если вы не понесли расходы на медицинское обслуживание в учреждениях, не входящих в состав Partners HealthCare. Документы могут быть запрошены, но не являются обязательными к предоставлению на данном этапе.

Расходы на медицинское обслуживание	Общая сумма	Периодичность расходов	Для служебных отметок <i>Общая сумма расходов</i>
Счета на медицинское обслуживание		Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Аптечные счета		Еженедельно, ежемесячно, ежегодно	

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

6. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Данный раздел может не применяться к вам. Заполните данный раздел, только ЕСЛИ:

- Ваше постоянное место жительства находится за пределами территории Соединенных Штатов Америки **ИЛИ**
- Вы требуете скидку по оплате обслуживания, не являющегося неотложным, доплатам, суммам, выплачиваемым пациентом в рамках программы совместного страхования, или франшизам. Пациенты, запрашивающие оказание финансовой помощи в отношении обслуживания, не являющегося неотложным и предоставленного в организации сети Spaulding Network или Больнице McLean Hospital, не обязаны предоставлять информацию об активах.

Данный раздел может остаться незаполненным, если вы не попадаете ни в одну из категорий, указанных выше.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ: приложите документы, которые подтверждают доходы: банковские выписки или иные подтверждающие документы.

Вы не должны включать сюда ваше основное место жительства (где вы проживаете)

Актив	Владелец (владельцы)	Наименование банка или компании	Денежная стоимость
Сберегательные счета			
Текущие счета			
Счета в кредитных союзах			
Доверительная собственность			
Акции/облигации			
Депозитные счета денежного рынка			
Взаимные фонды			
Коммерческая или инвестиционная собственность			
Прочее			

Заявление на получение финансовой помощи Partners HealthCare

7. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Внимательно прочитайте данный раздел и подпишите документ в нижней части страницы.

По имеющимся у меня данным, вся информация, предоставленная в настоящем заявлении, является верной. Я согласен (согласна) предоставить дополнительные документы по запросу. **Я понимаю, что данная конфиденциальная информация не может быть разглашена иным лицам, отличным от компании Partners HealthCare System, Inc., без моего предварительного одобрения.**

Подпись заявителя

Дата

В случае подписания от имени заявителя: По имеющимся у меня данным, вся информация, предоставленная в настоящем заявлении, является верной.

Подпись уполномоченного представителя

Дата

Имя уполномоченного представителя

Кем приходится заявителю

Контактный номер телефона _____

До передачи заявления убедитесь в том, что вы заполнили все соответствующие разделы настоящего заявления и приложили все требуемые документы для подтверждения вашего финансового положения. Заявления, заполненные частично, не подлежат одобрению.