

Заявление на получение финансовой помощи **Financial Assistance Application**

Стэнфордская медицинская система (далее «SHC») предлагает различные виды финансовой помощи незастрахованным и не имеющим достаточного страхового покрытия пациентам. Программа нашей финансовой помощи включает следующее:

Подача заявления не требуется:

- **Скидки незастрахованным** – помощь может не распространяться на некоторые виды услуг.
- **Беспроцентная рассрочка** – счета, как правило, должны быть оплачены в течение 6 месяцев.

Требуется подача заявления:

- **Скидки нуждающимся** – скидка, сравнимая с предоставляемой государственным плательщикам. Может не распространяться на некоторые виды услуг.
- **Полная финансовая помощь** – полностью (100%) покрывает ту часть счета, которую пациент должен оплачивать из личных средств. Может не распространяться на некоторые виды услуг.
- **Длительная беспроцентная рассрочка** – для пациентов, имеющих право на скидки нуждающимся.

Для решения вопроса о предоставлении скидки для нуждающихся или полной финансовой помощи необходимо подать заполненное заявление на получение финансовой помощи и документы, подтверждающие уровень дохода. После получения заполненного заявления мы сможем определить, имеете ли вы право на участие в программах, предлагаемых административным округом или штатом. Если вы не имеете право на участие в этих программах, мы рассмотрим ваше заявление на получение финансовой помощи, чтобы определить, имеете ли вы право на скидку для нуждающихся или полную финансовую помощь. Если вы имеете право на финансовую помощь, вы можете получить помощь в оплате медицинских счетов за услуги, предоставленные Стэнфордской больницей, и счетов за услуги врачей, работающих в Стэнфордском университете.

Скидки для нуждающихся и полная финансовая помощь распространяются не на все медицинские услуги. Решения в отношении еще не оказанных услуг будут основываться на их медицинской необходимости и катастрофичности затрат.

При оказании финансовой помощи пациентам мы отдаем наибольший приоритет тем, кто получает неотложную медицинскую помощь. За ними следуют пациенты, которые получали или будут получать необходимые с медицинской точки зрения услуги, не относящиеся к неотложной помощи, но относящиеся к одной из двух следующих категорий:

- A. Категория 1: SHC является ближайшим к месту проживания или месту работы пациента лечебным учреждением; или
- B. Категория 2: SHC не является ближайшим к месту проживания или месту работы пациента лечебным учреждением, но:
 - (а) у пациента уникальное или редкое заболевание, требующее лечения в SHC в соответствии с решениями главного директора SHC по качеству (SHC Chief Quality Officer) и главного директора SHC по медицинской информации (SHC Chief Medical Information Officer); или
 - (б) оказание помощи пациенту помогает реализовать обучающую миссию SHC в соответствии с решениями главного директора SHC по качеству и главного директора SHC по медицинской информации.

Важные сопроводительные документы (приложить к заявлению)

Документы, подтверждающие уровень дохода: предоставьте следующую информацию или разъяснения, почему ее предоставление невозможно. Отсутствие необходимых документов может замедлить рассмотрение вашего заявления и привести к отказу в финансовой помощи.

Ниже приведен список документов, подтверждающих уровень дохода, которые необходимо приложить к заявлению на получение финансовой помощи, подаваемому в SHC	
Тип дохода	Требуемые документы
Трудовой доход	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год • Копия двух последних квитанций о начислении заработной платы
Доход от самозанятости	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год
Социальное пособие / пенсия	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год • Копия уведомления о начислении пенсии (Award Letter) из Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) с указанием размера месячных выплат • Копия ежемесячного уведомления о выплатах из Администрации социального обеспечения
Пособие по нетрудоспособности	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год • Копия уведомления о начислении (Award Letter) пособия по нетрудоспособности с указанием размера месячных выплат • Копия ежемесячного уведомления о выплате пособия по нетрудоспособности
Пособие по безработице	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год • Копия уведомления о начислении (Award Letter), подтверждающего право на получение пособия по безработице с указанием размера еженедельного или месячного пособия по безработице • Копия ежемесячного уведомления о выплате пособия по безработице
Алименты на супруга или ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год • Копия справки с указанием размера месячных выплат
Аренда недвижимости	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год
Доход от инвестиций	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год
Доказательства наличия иждивенцев	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040) за текущий налоговый год

Мы приложим все усилия для скорейшей обработки вашего заявления. По окончании рассмотрения вам будет выслано письмо с уведомлением о принятом решении. Заполненное заявление вместе с необходимым комплектом документов можно отправить обычной почтой по адресу:

Stanford Hospital and Clinics
 Attention: Patient Financial Assistance
 2465 Faber Place
 Palo Alto, Ca. 94303

Заявления можно также отправить факсом по номеру: (650) 493-8623.



**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ: _____

1. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ (УКАЖИТЕ ИМЕНА ВСЕХ ЛИЦ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ) - ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер медицинской карты
Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер медицинской карты
Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер медицинской карты

Если пациент несовершеннолетний, следует указать родителей / опекунов в качестве заявителя и созаявителя.

2. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ПОРУЧИТЕЛЕ)

РОДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ

- Сам пациент
 Супруг/сожитель
 Родитель
 Другое

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- Не состою в браке
 Женат/замужем/в незарегистрированном браке
 Разведен(-а)
 Живу раздельно с супругом(-ой)

ЕСЛИ ВЫ ЖЕНАТЫ/ЗАМУЖЕМ ИЛИ ЖИВЕТЕ В НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ БРАКЕ, ТО ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ 3

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата рождения	Количество иждивенцев (помимо пациента и созаявителя)	Возраст иждивенцев	Домашний телефон ()	
Адрес места жительства (Не указывать почтовый ящик до востребования)		Город	Штат	Почтовый индекс
Текущее место работы		Физический адрес (улица, город, штат)		Должность

* Если вы сейчас не работаете, то сколько времени вы уже без работы?

3. ИНФОРМАЦИЯ О СОЗЯВИТЕЛЕ (ПОРУЧИТЕЛЕ)

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

- Супруг/сожитель Родитель Другое _____

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата рождения	Количество иждивенцев (не включая иждивенцев заявителя, указанных в пункте 2)	Возраст иждивенцев	Домашний телефон ()	
Адрес места жительства (Не указывать почтовый ящик до востребования)		Город	Штат	Почтовый индекс
Текущее место работы		Физический адрес (улица, город, штат)		Должность

* Если вы сейчас не работаете, то сколько времени вы уже без работы?

4. ВОПРОСЫ О ДРУГОМ ИСТОЧНИКЕ ПОКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ -- (Все ответы относятся к пациенту)

		Отметьте подходящий ответ
1	У пациента есть медицинская страховка? Если да, предоставьте следующую информацию: Название медицинской страховой компании: _____ Имя владельца страхового полиса: _____ Идентификационный номер участника/пациента: _____ Номер группы: _____ Название группы/компании-работодателя: _____ Дата вступления в силу: _____ Номер телефона медицинской страховой компании: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Пациент имеет право на участие в программе помощи в оплате медицинских услуг на уровне штата? Если да, предоставьте следующую информацию: Название программы: _____ Админ. округ: _____ Идентификационный номер пациента: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Пациент получал лечение по поводу травм, лечение которых покрывается компенсацией по поводу производственной травмы (Workers Compensation)? Если да, предоставьте следующую информацию: Название организации, выплачивающей компенсацию по поводу производственной травмы (Workers Compensation): _____ Имя оценщика: _____ Номер телефона оценщика: _____ Дата получения травмы: _____ Номер страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Пациент получал лечение по поводу травм, покрываемых страхованием гражданской ответственности, например, автомобильной страховкой? Если да, предоставьте следующую информацию: Название страховой компании или имя поверенного: _____ Номер телефона страховой компании или поверенного: _____ Дата получения травмы: _____ Номер страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5	Пациент был жертвой преступления? Если да, предоставьте следующую информацию: Дата получения травмы: _____ Имя сотрудника, ведущего дело: _____ Номер телефона сотрудника, ведущего дело: _____ Номер дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

5. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

Источники <u>ежемесячного</u> дохода	Заявитель	Созаявитель	Общий месячный доход (заявитель+созаявитель)
Трудовой доход	\$	\$	\$
Социальное пособие	\$	\$	\$
Пособие по нетрудоспособности	\$	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$	\$
Алименты на супруга или ребенка	\$	\$	\$
Аренда недвижимости	\$	\$	\$
Доход от инвестиций	\$	\$	\$
Другие источники (впишите)	\$	\$	\$
Общий месячный доход, всего:			\$

6. ЕСЛИ У ВАС НЕТ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА, ПОЖАЛУЙСТА, ОБЪЯСНИТЕ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ ОПЛАЧИВАЕТЕ ВАШИ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ДОБАВЬТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СТРАНИЦЫ.

7. ПОДПИСЬ

Я подтверждаю, что вся информация соответствует действительности и является полной, и своей подписью разрешаю SHC при необходимости запрашивать и проверять любые приведенные выше сведения.

Заявитель _____ Дата _____ Созаявитель _____ Дата _____

Вернуть заполненную форму заявления по адресу:

SHC Patient Financial Assistance

Patient Financial Services

2465 Faber Place, Palo Alto, CA 94303