



ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION INSTRUCTIONS

Перед вами заявление на получение финансовой помощи (также называется благотворительной помощью) в Стэнфордской медицинской системе (Stanford Medicine). В контексте финансовой помощи Stanford Medicine состоит из Стэнфордской системы медицинского обслуживания (Stanford Medicine Health Care), Стэнфордского медицинского центра Трай-Вэлли (Stanford Medicine Tri-Valley) и партнерской сети Стэнфордской медицинской системы (Stanford Medicine Partners). Исходя из дохода и размера вашей семьи, даже при наличии медицинского страхового полиса вы можете иметь право на финансовую помощь. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, в т. ч. на услуги, предоставляемые другими организациями. Она оказывается при соблюдении правил предоставления финансовой помощи, в т. ч. если ваш годовой доход не превышает 400% от текущего федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Guideline). Решения в отношении еще не оказанных услуг будут основываться на их медицинской необходимости и катастрофичности затрат.

Стэнфордская медицинская система (далее «SHC») предлагает различные виды финансовой помощи пациентам без страхового покрытия или с недостаточным страховым покрытием. Наша программа финансовой помощи включает следующие варианты, для которых:

Не требуется подача заявления

- **Скидки незастрахованным** могут не распространяться на некоторые виды услуг.
- **Беспроцентная рассрочка: остаток по счету**, как правило, должен быть погашен в течение 6-12 месяцев.

Требуется подача заявления

- **Полная финансовая помощь:** полностью (на 100%) покрывает часть остатка по счету, за которую отвечает пациент. Может не распространяться на некоторые виды услуг.
- **Длительная беспроцентная рассрочка: остаток по счету**, как правило, должен быть погашен в течение 12-18 месяцев.

Для рассмотрения заявления вы обязаны:

- предоставить сведения о своей семье и указать количество проживающих с вами членов семьи (семьей считается группа лиц, связанных кровным родством, браком, усыновлением или удочерением и проживающих совместно);
- предоставить информацию о месячном валовом доходе семьи (доход до взимания налогов и прочих вычетов);
- приложить при необходимости дополнительную информацию (например, сопроводительное письмо, подтверждающее предоставленные сведения);
- поставить подпись и дату под заявлением.

Заявление на финансовую помощь и сопроводительные документы на английском языке теперь можно подать через портал MyHealth. Все другие заявки продолжайте отправлять по обычной или электронной почте, факсом или доставлять лично. Stanford Medicine соблюдает конфиденциальность и защищает достоинство каждого пациента. Вся информация, предоставляемая в подтверждение права на финансовую помощь, приравнивается к защищенной медицинской информации в рамках закона «О мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA)».

<p>Стэнфордская система медицинского обслуживания (Stanford Medicine Health Care) или ее партнеры (Stanford Medicine Partners) 500 Pasteur Drive Palo Alto, CA 94304</p> <p>Клиентская служба отдела выставления счетов (Customer Service Billing) Телефон: (800) 549–3720 пон.–пятн. 9:00 — 17:00</p> <p>stanfordhealthcare.org/financial-assistance</p>	<p>Стэнфордский медицинский центр Трай-Вэлли (Stanford Medicine Tri-Valley) 5555 W Las Positas Blvd Pleasanton, CA 94588</p> <p>Клиентская служба отдела выставления счетов (Customer Service Billing) Телефон: (800) 549–3720 пон.–пятн. 9:00 — 17:00</p> <p>stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html</p>
--	--

Для получения дополнительной информации о финансовой помощи или содействия в заполнении заявления на нее свяжитесь с клиентской службой отдела выставления счетов или посетите сайт финансовой помощи учреждения, куда вы обратились за уходом. Вы можете получить помощь по любой причине, включая инвалидность и языковую поддержку. Подавая заявление на получение финансовой помощи, вы даете свое согласие на то, чтобы мы могли делать необходимые запросы для подтверждения ваших финансовых обязательств и предоставленных сведений.

ВАЖНЫЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ (ПРИЛОЖИТЬ К ЗАЯВЛЕНИЮ) IMPORTANT INFORMATION REQUIRED WITH APPLICATION

Документы, подтверждающие уровень дохода (POI): пожалуйста, предоставьте все соответствующие финансовые документы, отражающие ваше финансовое положение. Отсутствие необходимых документов может замедлить рассмотрение вашего заявления и привести к отказу в финансовой помощи. Отправьте ваши документы по указанному ниже адресу.

Ниже приведен список документов, подтверждающих уровень дохода, которые необходимо приложить к заявлению на получение финансовой помощи в SHC	
Вид дохода	Требуемые документы
Трудовой доход	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год. (при указании иждивенцев требуется предъявить налоговую декларацию) <i>или</i> • Копия последовательных квитанций о начислении заработной платы за два (2) последних платежных периода (заявителя и со-заявителя, если применимо)
Доход от индивидуальной трудовой деятельности (self-employment)	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год
Социальное пособие/пенсия	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год <i>или</i> • Копия справки о начислении социального пособия (Award Letter) из Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) с указанием размера ежемесячных выплат <i>и</i> • Копия ежемесячного уведомления о выплате или справки о начислении пенсии (Pension Award Letter)
Пособие по нетрудоспособности	<ul style="list-style-type: none"> • Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год <i>или</i> • Копия справки о начислении пособия по нетрудоспособности (Award Letter) с указанием размера ежемесячных выплат

Пособие по безработице	<ul style="list-style-type: none">• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год <i>или</i>• Копия справки о начислении (Award Letter), подтверждающего право на получение пособия по безработице с указанием размера ежедневного, еженедельного или ежемесячного пособия по безработице
Алименты на супруга(-у)	<ul style="list-style-type: none">• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год с указанием этого дохода <i>или</i>• Копия официальной справки из суда с указанием размера ежемесячных выплат
Доход от аренды недвижимости	<ul style="list-style-type: none">• Копия формы Schedule 1
Доход от инвестиций	<ul style="list-style-type: none">• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год
Доказательства наличия иждивенцев	<ul style="list-style-type: none">• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год
Подтверждение статуса учащегося	<ul style="list-style-type: none">• Копия уведомления о зачислении/регистрации на текущую четверть/семестр в колледж/университет или копия ведомости об успеваемости <i>и</i> Обычное или электронное письмо от заявителя с пояснением источника финансирования ежемесячных расходов (если доходы не указываются)
Сопроводительное письмо	<ul style="list-style-type: none">• Обычное или электронное письмо от заявителя с пояснением источника финансирования ежемесячных расходов (если доход отсутствует)

Следующие типы документов не принимаются во внимание при рассмотрении вопроса о финансовой помощи в Stanford Medicine:

- Форма 1099
- Форма W-2
- Банковский отчет
- Выписка из налоговой декларации (Tax Return Transcript)
- Список личных расходов
- Копия чековых платежей

Мы приложим все усилия для скорейшего рассмотрения вашего заявления. По его окончании вы получите письмо с уведомлением о принятом решении. Заполненное заявление вместе с необходимым комплектом документов можно отправить обычной почтой по адресу:

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

Заявление можно также отправить факсом по номеру (650) 493-8623 или по электронной почте FAA@stanfordhealthcare.org для ускоренной обработки.



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Дата подачи заявления: _____

Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами полностью.

ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать получение финансовой помощи, несмотря на подачу заявления.
- После отправки Вами заявления мы сможем проверить сведения и запросить дополнительные документы для подтверждения дохода.

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

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)

Степень родства: <input type="checkbox"/> Сам пациент <input type="checkbox"/> Супруг(а)/Партнер(ша) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Другое					
Семейное положение: <input type="checkbox"/> Не в браке <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> В партнерстве <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Живу отдельно с супругом(-ой) <input type="checkbox"/> Вдова/вдовец					
<i>Если вы женаты/замужем, то заполните раздел 3.</i>					
Фамилия	Имя	Инициал отчества	Гражданство США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Дата рождения	Количество иждивенцев (не считая пациента и созаявителя)		Возраст иждивенцев	Домашний телефон ()	
Адрес места жительства		Город	Штат	Округ	Почтовый индекс
Текущее место работы	Физический адрес		Город	Штат	Должность
* Если вы сейчас не работаете, то сколько времени вы уже без работы?					

3. ИНФОРМАЦИЯ О СОЗЯВИТЕЛЕ

Степень родства: <input type="checkbox"/> Супруг(а)/Партнер(ша) <input type="checkbox"/> Родитель					
Фамилия	Имя	Инициал отчества	Гражданство США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Дата рождения	Количество иждивенцев (не считая пациента и созаявителя)		Возраст иждивенцев	Домашний телефон ()	
Адрес места жительства		Город	Штат	Округ	Почтовый индекс
Текущее место работы	Физический адрес		Город	Штат	Должность
* Если вы сейчас не работаете, то сколько времени вы уже без работы?					

4. ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ПОКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (ВСЕ ОТВЕТЫ ОТНОСЯТСЯ К ПАЦИЕНТУ)		Отметьте подходящий ответ
1.	Есть ли у пациента медицинский страховой полис? Если да, предоставьте следующую информацию: Название медицинской страховой компании: _____ Номер телефона страховой компании: _____ Имя владельца страхового полиса: _____ Идентификационный номер участника/пациента: _____ Дата вступления в силу: _____ Название группы/компании-работодателя: _____ Номер группы: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Имеет ли пациент право на участие в программе помощи по оплате медицинских услуг на уровне штата? Если да, предоставьте следующую информацию: Название программы: _____ Округ: _____ Идентификационный номер пациента: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3.	Проходит ли пациент лечение травм в рамках компенсации в связи с производственной травмой (Workers Compensation)? Если да, предоставьте следующую информацию: Название организации, выплачивающей компенсацию в связи с производственной травмой: _____ _____ Имя страхового агента: _____ Номер телефона страхового агента: _____ Дата получения травмы: _____ Номер страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Проходил ли пациент лечение травм, покрываемых страхованием гражданской ответственности перед третьими лицами, например, автомобильной страховкой? Если да, предоставьте следующую информацию: Название страховой компании или имя юриста: _____ Номер телефона страховой компании или юриста: _____ Дата получения травмы: _____ Номер страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Является ли пациент жертвой преступления? Если да, предоставьте следующую информацию: Имя сотрудника, ведущего дело: _____ Номер телефона сотрудника, ведущего дело: _____ Номер страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

5. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

Источники ежемесячного дохода	Заявитель	Созаявитель	Общий месячный доход (заявитель+созаявитель)
Трудовой доход	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Социальное пособие	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособие по нетрудоспособности	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Алименты на супруга(-у)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от сдачи недвижимости в аренду	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от инвестиций	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Другие источники (укажите)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Общий ежемесячный доход:			\$ _____

7. ПОДПИСЬ

Я подтверждаю, что вся информация соответствует действительности и является полной, и своей подписью разрешаю Стэнфордской системе медицинского обслуживания (Stanford Medicine Health Care) по мере необходимости запрашивать и проверять любые приведенные выше сведения.

Заявитель

Дата

Созаявитель

Дата

Вернуть заполненную форму заявления по адресу:

Attention: Patient Financial Services
 P.O. BOX 740715
 Los Angeles, CA 90074-0715
 Fax: (650) 493-8623
 E-mail: FAA@stanfordhealthcare.org