



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

Перед вами заявление на получение финансовой помощи (также называется благотворительной помощью) от медицинской организации Stanford Medicine. Применительно к финансовой помощи, в состав Stanford Medicine входят Stanford Medicine Health Care, Stanford Medicine Tri-Valley и лечебные учреждения партнерской сети Stanford Medicine Partners. Stanford Medicine предлагает финансовую помощь незастрахованным пациентам, чей семейный доход не превышает 400% от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level), а также застрахованным пациентам, семейный доход которых не превышает 400% от федерального прожиточного минимума, а медицинские расходы высокие (см. определение ниже).

Stanford Medicine предлагает пациентам различные виды программ финансовой помощи. Финансовая помощь включает следующие варианты.

### **Не требуется подача заявления на получение финансовой помощи**

- **Скидки незастрахованным:** все незастрахованные пациенты автоматически получают скидку на счета Stanford Medicine. Некоторые услуги не отвечают критериям оказания финансовой помощи. Обращайтесь за информацией в клиентскую службу отдела выставления счетов (Customer Service Billing).

### **Требуется подача заявления на получение финансовой помощи**

- **Полная финансовая помощь:** незастрахованные пациенты, чей семейный доход не превышает 400% от федерального прожиточного минимума, а также застрахованные пациенты, семейный доход которых не превышает 400% от федерального прожиточного минимума, а медицинские расходы при этом высокие (см. определение ниже), имеют право на 100%-ную скидку от суммы, причитающейся с пациента. Некоторые услуги не подлежат финансовой помощи. Обращайтесь за информацией в клиентскую службу отдела выставления счетов. Высокими медицинскими расходами считаются: (i) годовые расходы на медицинские услуги Stanford Medicine из собственных средств пациента, превышающие 10 % текущего семейного дохода пациента или семейного дохода за предшествующие 12 месяцев (меньшее из двух); или (ii) годовые медицинские расходы из собственных средств пациента, превышающие 10 % семейного дохода при условии, что пациент предоставит документальное подтверждение медицинских расходов (индивидуальных или всей семьи) за предшествующие 12 месяцев.

### **Беспроцентная рассрочка**

- Пациенты имеют право запросить рассрочку выплат. Все виды рассрочки являются беспроцентными. Пациенты имеют право договариваться об условиях рассрочки.

Для рассмотрения заявления на получение финансовой помощи требуется следующее.

- Предоставить сведения о своей семье и указать количество членов семьи, в число которых могут входить следующие лица.

Если пациенту 18 или более лет, членами семьи считаются:

- пациент,
- супруг(а),
- зарегистрированный партнер (registered domestic partner),
- находящиеся на иждивении дети моложе 21 года,
- находящиеся на иждивении нетрудоспособные дети любого возраста.

Если пациенту менее 18 лет, или 18–20 лет и он находится на иждивении, в состав семьи входят:

- пациент,

- родители пациента,
- родственник(и)-опекун(ы) пациента,
- другие дети в возрасте до 21 года, находящиеся на иждивении родителей или опекунов,
- другие нетрудоспособные дети родителей или опекунов (любого возраста).
- Предоставить информацию о ежемесячном валовом доходе семьи (доход до взимания налогов и прочих вычетов).
- Приложить при необходимости дополнительную информацию.
- Поставить подпись и дату под заявлением.

Заявление на финансовую помощь и сопроводительные документы на английском языке теперь можно подать через портал MyHealth. Все другие заявления просим отправлять по обычной или электронной почте, факсом или доставлять лично по указанным ниже адресам. Stanford Medicine соблюдает конфиденциальность и защищает достоинство каждого пациента. Вся информация, предоставляемая для рассмотрения вопроса о финансовой помощи, приравнивается к защищенной медицинской информации в рамках закона «О мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA)». Информация, предоставленная при подаче данного заявления на получение финансовой помощи, не используется Stanford Medicine с целью взыскания задолженностей.

**Stanford Medicine Health Care или  
Stanford Medicine Partners**  
500 Pasteur Drive, Palo Alto, CA 94304

**Клиентская служба отдела выставления счетов  
(Customer Service Billing)**  
Телефон: (800) 549–3720  
пн.–пт. 9:00 — 17:00

[stanfordhealthcare.org/financial-assistance](https://stanfordhealthcare.org/financial-assistance)

**Stanford Medicine Tri-Valley**  
5555 W Las Positas Blvd., Pleasanton, CA 94588

**Клиентская служба отдела выставления счетов  
(Customer Service Billing)**  
Телефон: (800) 549–3720  
пн.–пт. 9:00 — 17:00

[stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html](https://stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html)

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 медицинскими услугами. Вы можете просить о содействии по любой причине, включая инвалидность и необходимость услуг переводчика. 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 ДОКУМЕНТЫ (ПРИЛОЖИТЬ К ЗАЯВЛЕНИЮ) IMPORTANT INFORMATION REQUIRED WITH APPLICATION

**Документы, подтверждающие уровень дохода (POI):** пожалуйста, предоставьте копии **последних квитанций о начислении заработной платы** или **последних налоговых деклараций** на всех членов семьи, указанных выше. «Последними налоговыми декларациями» считаются налоговые декларации, отражающие доход Пациента за тот год, когда Пациенту впервые был выставлен счет, или охватывающие 12-месячный период, предшествующий выставлению первого счета. «Последними квитанциями о начислении заработной платы» считаются квитанции, выданные в течение шести (6) месяцев до или после выставления Больницей первого счета Пациенту, или же до или после подачи заявления, если это было сделано заранее.

Отправьте ваши документы по указанному ниже адресу.

Вид дохода	Приемлемые документы
Трудовой доход	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год (при указании иждивенцев предъявление налоговой декларации обязательно)</li></ul> <b>ИЛИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• копия последовательных квитанций о начислении заработной платы за два (2) последних платежных периода (заявителя и со-заявителя, если применимо).</li></ul>
Доход от индивидуальной трудовой деятельности (self-employment)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год.</li></ul>
Социальное пособие/пенсия	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год</li></ul> <b>ИЛИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• копия справки о начислении социального пособия (Award Letter) из Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) с указанием размера ежемесячных выплат</li></ul> <b>И</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• копия ежемесячного уведомления о выплате или справки о начислении пенсии (Pension Award Letter).</li></ul>
Пособие по нетрудоспособности	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год.</li></ul> <b>ИЛИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Копия справки о начислении пособия по нетрудоспособности (Award Letter) с указанием размера ежемесячных выплат.</li></ul>
Пособие по безработице	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год.</li></ul> <b>ИЛИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Копия справки о начислении пособия по безработице (Award Letter) с указанием размера ежедневных, еженедельных или ежемесячных выплат .</li></ul>
Алименты на супруга(-у)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год с указанием этого дохода.</li></ul> <b>ИЛИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Копия официальной справки из суда с указанием размера ежемесячных выплат.</li></ul>
Доход от аренды недвижимости	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия формы Schedule 1.</li></ul>
Доход от инвестиций	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год.</li></ul>
Доказательства наличия иждивенцев	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия налоговой декларации (форма 1040, только стр. 1 и 2) за текущий налоговый год.</li></ul>

Вид дохода	Приемлемые документы
<b>Подтверждение статуса учащегося</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Копия уведомления о зачислении/регистрации на текущую четверть/семестр в колледж/университет или копия ведомости об успеваемости.</li></ul> <b>И</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Обычное или электронное письмо от заявителя с пояснением источника финансирования ежемесячных расходов (если доходы не указываются)</li></ul>
<b>Сопроводительное письмо</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Обычное или электронное письмо от заявителя с пояснением источника финансирования ежемесячных расходов (если доход отсутствует)</li></ul>

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

- форма 1099,
- форма W-2,
- банковская выписка,
- выписка из налоговой декларации (Tax Return Transcript),
- список индивидуальных расходов,
- копии чековых платежей.

Мы приложим все усилия для скорейшего рассмотрения вашего заявления. После его рассмотрения вы получите письменное уведомление о принятом решении.

**Вернуть заполненную форму заявления по адресу:**

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

Эта страница намеренно оставлена пустой



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

**ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ:** \_\_\_\_\_

*Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами.*

**ВНИМАНИЕ**

- Мы не можем гарантировать получение финансовой помощи, даже при наличии заявления.
- После получения заявления мы можем 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:**  Пациент  Супруг(а)/Партнер(ша)  Родитель  Другое

**Семейное положение:**  не состою в браке  состою в браке  состою в партнерстве  
 состою в разводе  проживаю отдельно  вдова(-ец)

*Если вы отметили «состою в браке», заполните раздел 3.*

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Гражданство США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Дата рождения	Количество иждивенцев (не считая себя 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:**  Супруг(а)  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: Мед. страховая компания: _____ Тел. страх. компании: _____ Подписчик: _____ Ид. № участника/пациента: _____ Дата вступления в силу: _____ Группа/работодатель: _____ № 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: _____ Ид. № пациента: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3.	Проходит ли пациент лечение в рамках компенсации в связи с производственной травмой ( <i>Workers Compensation</i> )? Если да, предоставьте следующую информацию: Название страх. комп. ( <i>Work Comp Carrier</i> ): _____ Страх. агент ( <i>Adjuster</i> ): _____ Тел. страх. агента: _____ Дата травмы: _____ № 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: Страх. компания или имя адвоката: _____ Тел. страх. компании или адвоката: _____ Дата травмы: _____ № страхового случая/дела: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Является ли пациент жертвой преступления? Если да, предоставьте следующую информацию: Сотрудник, ведущий дело ( <i>Case Worker</i> ): _____ Тел.: _____ № страх. случая/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(-у)	\$	\$	\$
Доход от аренды недвижимости	\$	\$	\$
Доход от инвестиций	\$	\$	\$
Другие источники (укажите)	\$	\$	\$
<b>Общий ежемесячный доход:</b>			\$

#### 6. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ С ВЫСОКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАСХОДАМИ

Нижеследующим подтверждаю, что я имею медицинскую страховку и у меня высокие медицинские расходы, что означает следующее: (i) мои годовые расходы на медицинские услуги Stanford Medicine из собственных средств превышают 10% текущего семейного дохода или семейного дохода за предшествующие 12 месяцев; или (ii) мои индивидуальные или семейные годовые медицинские расходы из собственных средств за последние 12 месяцев превышают 10% процентов семейного дохода. Также подтверждаю, что Stanford Medicine Health Care оставляет за собой право запросить документацию, подтверждающую мои медицинские затраты.

Не применимо (страховка отсутствует)

#### 7. ПОДПИСЬ

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

Заявитель	Дата	Созаявитель	Дата