

Дата: _____

Учетные записи: _____

Уважаемый пациент _____

Компания Enloe Health стремится оказывать финансовое содействие пациентам, не имеющим медицинского страхования, а также застрахованным пациентам, столкнувшимся с высокими затратами на необходимое медицинское обслуживание. Однако мы понимаем, что услуги здравоохранения не должны налагать на застрахованных пациентов и их семьи неподъемное бремя высоких медицинских расходов.

Вы указали, что у вас возникли трудности с оплатой услуг, оказанных вам недавно компанией Enloe Health. Финансовое содействие предоставляется в ограниченном объеме, поэтому, чтобы определить, кто имеет на него право, мы производим оценку доходов в соответствии с федеральными инструкциями по оценке доходов. Если у вас есть медицинская страховка, мы применяем дополнительные критерии, которые позволяют определить, имеете ли вы право на полную или частичную финансовую помощь для покрытия высоких затрат на медицинское обслуживание. Для проведения оценки нам потребуется, чтобы вы отправили прилагаемое заявление, приложив к нему указанные далее документы.

ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

1. Заполните **с двух сторон** конфиденциальный финансовый отчет (прилагается).
2. Приложите копии писем или отчетов программы Medi-Cal с отказом (если применимо).
3. Приложите копию последней выписки с банковского счета (расчетного и сберегательного), все страницы.
4. Если у вас есть депозитные счета денежного рынка, акции или приносящее доход недвижимое имущество, помимо основного места жительства, нам потребуется отчет по каждому счету.
Обратите внимание: квалифицированные пенсионные планы не включаются в наш расчет доходов.
5. При наличии трудоустройства приложите копию последних двух платежных квитанций о начислении заработной платы от каждого члена семьи.
6. При непостоянном трудоустройстве приложите копию налоговой декларации за предыдущий год вместо квитанций о начислении заработной платы.
7. Если в данный момент вы не трудоустроены, приложите копию страхового полиса на случай безработицы, страхового полиса штата на случай временной нетрудоспособности или полиса социального страхования.
8. Если вы застрахованы от высоких медицинских расходов, предоставьте подтверждение обязательств пациента перед поставщиками медицинских услуг, помимо Enloe Health (если применимо).
9. Приложите письмо с объяснением вашего финансового положения и причины, по которой вы не можете оплатить счет. Ваше письмо поможет нам понять вашу ситуацию и почему вам необходима финансовая помощь.

Примечание. Если вы не можете предоставить запрашиваемую информацию, объясните почему в этом письме о затруднениях. Если у вас возникли вопросы о том, что от вас требуется, свяжитесь с представителем службы поддержки клиентов.

Все документы должны быть получены в течение двух недель с даты настоящего письма. В противном случае истечет срок действия вашего заявления.

Мы обработаем заполненные заявления в течение 60 дней с момента получения и уведомим вас о своем решении.

С уважением,

Отдел финансовых услуг для пациентов
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

Конфиденциальный финансовый отчет и заявление на предоставление финансовой помощи

Имя пациента _____

Номера учетных записей _____ Дата оказания услуг _____

Ответственная сторона*

Имя _____

Адрес _____

Телефон _____

Номер социального страхования _____

Название работодателя _____

Адрес работодателя _____

Телефон работодателя _____

Супруг / сожитель

Имя _____

Адрес _____

Телефон _____

Номер социального страхования _____

Название работодателя _____

Адрес работодателя _____

Телефон работодателя _____

Семейное положение (обведите один вариант): В браке Одинок(а) Разведен(а)
Вдовец(-а) Не женат (не замужем) В партнерских отношениях

Информация о членах семьи:

Перечислите всех лиц, проживающих с вами, а также детей в возрасте 21 года и младше, независимо от того, проживают они с вами или нет.

Имя:	Возраст:	Степень родства с вами:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Заполните обратную сторону.

Ежемесячный доход домохозяйства

Валовый ежемесячный доход от заработной платы: долл. США _____ Доход от сдачи недвижимости в аренду: долл. США _____
Государственная поддержка / продуктовые талоны: долл. США _____ Гранты: долл. США _____
Социальное обеспечение: долл. США _____
Выплаты работникам по нетрудоспособности: долл. США _____
Пособие по безработице: долл. США _____ Прочее: долл. США _____
Выплаты на содержание детей / алименты: долл. США _____

ОБЩАЯ СУММА ДОХОДА: долл. США _____

Денежные активы

Сбережения или счета денежного рынка: долл. США _____ Стоимость акций: долл. США _____
Дивиденды: долл. США _____ Выплаты процентов: долл. США _____
Недвижимое имущество, помимо основного места жительства: долл. США _____
Индивидуальные пенсионные счета: долл. США _____
Прочее: долл. США _____

ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ АКТИВОВ: долл. США _____

РАСХОДЫ:

Ежемесячная плата за жилье / аренду жилья: долл. США _____ Медицинские/стоматологические услуги: долл. США _____
Платежи за медицинское страхование: долл. США _____ Транспортные расходы: долл. США _____
Коммунальные услуги / домашний телефон: долл. США _____
Плата за детские дошкольные/учебные заведения: долл. США _____
Питание / проживание / личные потребности: долл. США _____ Прочее: долл. США _____
Выплаты на содержание детей / алименты: долл. США _____

ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ: долл. США _____

Подписывая данную форму, я уполномочиваю Enloe Health проверить всю информацию, включая отчет по кредитам, доходы и денежные активы. Я понимаю, что от меня может потребоваться предоставить подтверждение запрашиваемой информации. Кроме того, я подтверждаю, что все сведения, указанные в настоящем заявлении, являются правдивыми и полными, насколько мне это известно. Если будет определено, что предоставленная мной информация является неполной или неверной, все скидки на уплату моего счета могут быть отозваны, а мне может потребоваться произвести оплату счета в полном объеме.

Если я получу выплату от страховой компании, выплату работнику по нетрудоспособности или иные выплаты от третьих лиц, я соглашусь уведомить Enloe Health о таких выплатах. Я помню, что клиника сохраняет за собой право получить плату в полном объеме изначально выставленного счета, если третье лицо полностью или частично оплатит стоимость услуг Enloe Health.

Подпись пациента или законного опекуна Дата

Подпись супруга или сожителя Дата

**Настоящий документ должен быть заполнен законными опекунами пациента, если он является несовершеннолетним.*

***Существуют организации, предоставляющие бесплатные информационные услуги потребителям, которые помогут вам понять процедуру выставления счета и оплаты. Для получения дополнительной информации вы можете обратиться в Альянс потребителей по вопросам здравоохранения по телефону 888-804-3536 или посетить его сайт www.healthconsumer.org.*