



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Заявление на участие в Программе финансовой помощи

Ассоциация больниц Hallmark Health гордится высоким качеством медицинским услуг, доступных каждому пациенту. Больницы Hallmark Health предоставляет финансовую поддержку с помощью Программы финансовой помощи пациентам, которые не имеют возможности оплатить экстренную медицинскую помощь или помощь, необходимую по медицинским показаниям. Программа финансовой помощи Hallmark Health не покрывает услуги неэкстренной, несрочной медицинской помощи. Программа не предоставляет скидки на дополнительные страховые выплаты, совместное страхование или прочие страховые отчисления.

Финансово обеспеченные пациенты должны оплачивать услуги, предоставляемые больницей Hallmark Health. Однако все пациенты могут претендовать на получение финансовой помощи. Пациентам настоятельно рекомендуется подать заявку на получение помощи от государственных программ страхования, таких как Программа социального страхования MassHealth штата Массачусетс или Система страхования здоровья штата Массачусетс. Вашу заявку отсрочат или отклонят, если Вы не соответствуете требованиям данных программ. Если Вам нужна помощь при подаче заявки на получение помощи от государственных программ страхования, Вы можете обратиться к консультантам по финансовым вопросам в больницах Hallmark Health.

Ваша возможность получить финансовую помощь напрямую зависит от правильного и полного заполнения соответствующего заявления.

Инструкции по заполнению заявления

Пожалуйста, заполните полностью заявление на участие в Программе финансовой помощи и приложите к нему копии всех требуемых документов. Если в течение 30 дней Вы не предоставите все необходимые документы, Ваше заявление будет отклонено. Пожалуйста, приложите копии необходимых документов, поскольку вся документация, поданная Вами, возвращается Вам не будет.

- Заполните все необходимые секции в заявлении и не забудьте подписать официальное подтверждение на странице 4.
- Приложите копию водительских прав или другого документа, подтверждающего личность и место проживания. Все документы, которые Вы подаете, должны содержать Ваше имя и текущий адрес проживания.
- Приложите копию Вашего страхового полиса(ов).
- Приложите копию справки о доходах.
 - Приложите копию последней поданной налоговой формы или зарплатные квитанции (4, если получаете зарплату каждую неделю, 2, если каждые две недели).
 - Если в ваших доходах произошли изменения, приложите копии следующей документации:
документ, подтверждающий статус безработного, выписка с банковского счета/данные об инвестициях и/или данные социального обеспечения.
- Если пациент скончался, необходимо предоставить копию свидетельства о смерти и письмо о статусе недвижимого имущества.

Консультанты по финансовым вопросам

Для получения помощи в заполнении Вашего заявления обратитесь по номеру **781-338-7111**, чтобы записаться на прием к консультанту по финансовым вопросам. Консультанты по финансовым вопросам находятся по следующим адресам: Больница Мелроуз-Вейкфилд, ул. Лебанон Стрит, 585, 1-й этаж, вход возле ул. Портер Стрит, Мелроуз, Массачусетс или Больница Лоуренс Мемориал, ул. Гавернорз Авею, 170, возле Отделения скорой помощи, Медфорд, Массачусетс.

Направьте заполненное заявление по адресу:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Часть I: Информация о пациенте		
Имя пациента:		
Дата рождения пациента:	Номер социального страхования	Телефон:
Текущий адрес:		
Город:	Штат:	Индекс:
Являетесь ли Вы гражданином Соединенных Штатов: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Если нет, имеете ли Вы статус постоянного жителя, легально проживающего на территории Соединенных штатов? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Информация о заявителе (если информация отличается от указанной выше)		
Заявителем может быть сам пациент или человек, финансово ответственный за пациента.		
Имя заявителя:		
Текущий адрес заявителя:		
Город:	Штат:	Индекс:
Телефон заявителя:		
Информация о семье пациента		
Список членов семьи, их даты рождения и отношение к пациенту Член семьи - человек, состоящий в родстве с пациентом или проживет с ним на протяжении года как член семьи и может претендовать на поступления от налогов.		
Член семьи №1:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №2:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №3:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №4:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №5:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Часть 2: Информация о страховке пациента		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Подавали ли Вы заявку на получение помощи от Программы бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим Medicaid на протяжении последних 6 месяцев?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Ваша заявка на получение помощи от Программы Medicaid была одобрена или находится в процессе обработки?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Вам было отказано в получении помощи от Программы Medicaid?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ У Вас есть медицинская страховка?		
Основная информация о страховании:		
Название страховой компании:		
Адрес страховой компании:		
Номер страхового полиса:	Номер группы:	
Имя держателя страхового полиса:		
Дата рождения держателя страхового полиса:	Родственный связь с держателем страхового полиса:	
Работодатель держателя страхового полиса:	Страховка действительна с:	
Вторичная информация о страховании		
Название страховой компании:		
Адрес страховой компании:		
Номер страхового полиса:	Номер группы:	
Держатель страхового полиса:	Дата рождения держателя страхового полиса:	
Родственный связь с держателем страхового полиса:	Работодатель держателя страхового полиса:	
Страховка действительна с:		

Часть 3: Валовый ежемесячный доход и имущество:

Пожалуйста, заполните эту часть информацией о доходах и имуществе пациента и каждого члена семьи, перечисленного ранее в Части 1, которые работают. Пожалуйста, обозначьте валовый доход, т.е. доход без учета налогов и отчислений.

	Пациент	Члены семьи Член семьи №1	Члены семьи Член семьи №2	Члены семьи Член семьи №3	Члены семьи Член семьи №4	Члены семьи Член семьи №5
Еженедельная/ежемесячная заработная плата/чаевые						
Пособия по безработице						
Социальное						
Пособие на ребенка +						
Предпринимательская деятельность						
Проценты/дивиденды						
Пенсия						
Пенсионный счет/Акции/Облигации						
Сдача в аренду						
Выплаты из целевого фонда						
Компенсации трудящимся						
Ветеранские пособия						

Подтверждение отсутствия доходов

ДА НЕТ Если общий доход вашей семьи равен нулю, есть ли кто-то, кто содержит Вас?

Если Вы дали утвердительный ответ и Вас содержит другой человек, пожалуйста, попросите их заполнить и подписать документальное подтверждение ниже.

Имя пациента: _____ на данный момент доходов не имеет.
 Я временно содержу пациента, снабжаю пациента едой, предоставляю кров и необходимую одежду. Я также предоставляю пациенту финансовую помощь в размере \$__ в среднем на месяц.

Подпись опекуна: _____ Дата: _____

Семейный капитал

Внесите информацию о чековом или сберегательном счете.

Тип счета	Банк	Баланс счета состоянием на _

Другой исчисляемый семейный капитал

Внесите информацию по следующим видам счетов:

Тип счета	Банк	Баланс счета состоянием на _
Акции/Облигации		
Сертификат о депозите		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет		
Сберегательный сертификат		
Рождественский или отпускной клуб		
Другое		

Часть 4: Финансовые затруднения, связанные с медициной

Эта часть может быть не применима к Вашей ситуации. Пожалуйста, заполните эту часть, если у Вас имеются значительные медицинские счета, которые необходимо оплатить. Внесите все затраты на здравоохранение в больницах Hallmark Health или других клиниках. Возможно, позже может потребоваться дополнительная документация.

Название учреждения	Общая сумма затрат на услуги здравоохранения	Как часто эти расходы возникают?		
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	<input type="checkbox"/> Ежегодно

Часть 5: ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ (ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДПИСАНО ВСЕМИ ЗАЯВИТЕЛЯМИ)

Все заявители **ДОЛЖНЫ** подписать официальное заявление, чтобы их заявление было рассмотрено.

Подтверждаю, что информация в данной форме, правдива, корректна и предоставлена в полном объеме, согласно моим знаниям и убеждениям. Даю свою согласие предоставлять необходимую информацию больнице Hallmark Health об изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другую информацию, которая могла бы повлиять на получение финансовой помощи в рамках от больницы Hallmark Health. Я осознаю, что информация о моих счетах и другая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего соответствия параметрам Программы. Я осознаю, что на протяжении 30 дней я должен/должна подать на рассмотрение достоверную необходимую документацию.

Ложные данные, предоставленные пациентом для получения финансовой помощи, будут переданы в офис Генерального прокурора штата Массачусетс. Пациенты, которые сфальсифицировали информацию в заявлении, больше не смогут претендовать на участие в Программе и понесут ответственность за все финансовые издержки с первого дня участия в Программе.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ (ЕСЛИ СУПРУГ/СУПРУГА ЗАЯВИТЕЛЯ ПОДАЮТ ЗАЯВЛЕНИЕ)

Если супруг или супруга заявителя также подадут заявление на получение финансовой помощи, они **ДОЛЖНЫ** подписать официальное подтверждение ниже, чтобы их заявление было принято к сведению.

Подтверждаю, что информация в данной форме, правдива, корректна и предоставлена в полном объеме, согласно моим знаниям и убеждениям. Даю свою согласие предоставлять необходимую информацию больнице Hallmark Health об изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другую информацию, которая могла бы повлиять на получение финансовой помощи в рамках от больницы Hallmark Health. Я осознаю, что информация о моих счетах и другая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего соответствия параметрам Программы. Я осознаю, что на протяжении 30 дней я должен/должна подать на рассмотрение достоверную необходимую документацию.

Ложные данные, предоставленные пациентом для получения финансовой помощи, будут переданы в офис Генерального прокурора штата Массачусетс. Пациенты, которые сфальсифицировали информацию в заявлении, больше не смогут претендовать на участие в Программе и понесут ответственность за все финансовые издержки с первого дня участия в Программе.

Подпись супруга/супруги заявителя: _____ Дата: _____