

Заявление на получение финансовой помощи
Номер счета пациента: _____

Внимание! У вас может быть возможность получить медицинскую помощь бесплатно или со скидкой.

Заполнение этого заявления поможет сотрудникам NorthShore – Edward Elmhurst Health (NS-EEH) определить, можете ли вы получить медицинскую помощь бесплатно или со скидкой либо участвовать в других государственных программах, которые помогут оплатить ваше медицинское обслуживание. Если у вас нет страховки, номер социального обеспечения не требуется для получения помощи бесплатно или со скидкой. Однако номер социального обеспечения требуется для участия в некоторых государственных программах, включая Medicaid. Предоставление номера социального обеспечения не является обязательным, но поможет сотрудникам NS-EEH определить, имеете ли вы право на участие в каких-либо государственных программах.

Заполните эту форму как можно скорее после даты оказания услуг, чтобы сотрудники NS-EEH могли определить ваше право на получение финансовой помощи. Вы сможете предоставить свое заявление сотрудникам NS-EEH в течение 240 дней после первого выставления счета за обслуживание.

Пациент подтверждает, что он добросовестно постарался предоставить всю информацию, запрашиваемую в заявлении, чтобы помочь сотрудникам NS-EEH определить, имеет ли пациент право на получение финансовой помощи.

УКАЗАНИЯ: ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛНОСТЬЮ И ПОДПИШИТЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ.					
СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ					
Адрес электронной почты				Размер семьи (включая пациента)	
Фамилия	Имя	Инициал среднего имени	Дата рождения		Номер социального обеспечения
Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Домашний телефон
Наименование работодателя			Адрес работодателя		Мобильный телефон
Город работодателя		Штат	Почтовый индекс	Совокупный месячный доход	Рабочий телефон
Расовая принадлежность (необязательно)	Этническая группа (необязательно)		Гендер (необязательно)		Предпочтительный язык (необязательно)
Супруг (-а) или поручитель либо родитель (-и) несовершеннолетнего (если применимо)					
Адрес электронной почты			Кем приходится пациенту		Дата рождения
Фамилия	Имя	Инициал среднего имени		Номер социального обеспечения	
Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Домашний телефон
Наименование работодателя			Адрес работодателя		Мобильный телефон
Город работодателя		Штат	Почтовый индекс	Совокупный месячный доход	Рабочий телефон

Условное право на финансовую помощь:

Незастрахованные пациенты, которые индивидуально или в рамках предоставления пособий для семьи соответствуют одному из перечисленных ниже критериев условного права, автоматически имеют право получать **бесплатную медицинскую помощь без подтверждения получения дохода**. По возможности мы проверяем соответствие критериям для участия в программе электронным образом, но нам может потребоваться ваша помощь для подтверждения соответствия критериям.

Отметьте все, что применимо:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН, МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ (WOMEN, INFANTS AND CHILDREN NUTRITION PROGRAM, WIC) | <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ПОМОЩИ С ОПЛАТОЙ БЫТОВОГО ЭНЕРГОПОТРЕБЛЕНИЯ ДЛЯ МАЛООБЕСПЕЧЕННЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ (LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) | <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ (COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM) |
| <input type="checkbox"/> БЕСПЛАТНЫЕ ОБЕДЫ И ЗАВТРАКИ В ШТАТЕ ИЛЛИНОИС (ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST) | <input type="checkbox"/> ГРАНТ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ |
| <input type="checkbox"/> НАХОЖДЕНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ | <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF) |
| <input type="checkbox"/> БЕЗДОМНОСТЬ | <input type="checkbox"/> БАНКРОТСТВО ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА (НОМЕР ДЕЛА: _____ ДАТА НАСТУПЛЕНИЯ БАНКРОТСТВА: _____) |
| <input type="checkbox"/> ПОКОЙНЫЙ БЕЗ ИМУЩЕСТВА | <input type="checkbox"/> ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К РЕЛИГИОЗНОМУ ОРДЕНУ И ОБЕТ БЕДНОСТИ |
| <input type="checkbox"/> ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ НА ДАТУ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ ИЛИ НА НЕПОКРЫВАЕМУЮ УСЛУГУ | |
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ АРЕНДНОГО ЖИЛЬЯ УПРАВЛЕНИЯ ЖИЛИЩНОГО РАЗВИТИЯ ШТАТА ИЛЛИНОИС (ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM) | |
| <input type="checkbox"/> ПСИХИЧЕСКАЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛИЦА, УПОЛНОМОЧЕННОГО ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА | |

**** Если вы демонстрируете условное право на финансовую помощь для участия в программе, вам не нужно предоставлять информацию о доходах. Вам также необходимо подписать раздел «Подтверждение заявителя» на следующей странице.**

Заявление на получение финансовой помощи

Номер счета пациента: _____

Информация о доходах

Предоставьте запрашиваемые ниже документы (если применимо). Ваше заявление может быть рассмотрено с задержкой или отклонено в случае отсутствия любого из требуемых документов.

Следующие документы должны быть представлены для заявителя, супруга (-и), партнера (-ши) заявителя или родителя либо опекуна (если заявитель либо пациент является несовершеннолетним). Если вы не можете предоставить документы, подтверждающие ваш доход, заполните письмо о получении материальной помощи на последней странице данного заявления.

Все заявители должны предоставить доказательство проживания в штате Иллинойс, которое включает любой из следующих документов: действительное удостоверение личности, выданное органом штата, недавний счет за коммунальные услуги, договор аренды, карточку регистрации пассажирского автомобиля, регистрационную карту избирателя, другую почту, адресованную заявителю от правительственного или другого авторитетного источника, заявление от члена семьи, проживающего по тому же адресу и предоставляющего подтверждение проживания, либо письмо из приюта для бездомных, учреждения, предоставляющего временное жилье, или другого подобного учреждения.

Если вы трудоустроены:

- Копия налоговой декларации за предыдущий год и (или) формы W-2, 1099 и т. д.
- Копии двух последних квитанций о заработной плате
- Копии двух последних выписок по всем чековым и сберегательным счетам, а также счетам кредитного союза

Если вы индивидуальный предприниматель:

- Копия налоговой декларации за предыдущий год и (или) формы W-2, 1099 и т. д.
- Копии двух последних выписок по всем чековым и сберегательным счетам, а также счетам кредитного союза

Если у вас нет работы:

- Копия налоговой декларации за предыдущий год и (или) формы W-2, 1099 и т. д.
- Копия письма о назначении пособия по безработице, в котором указан размер вашего пособия
- Письмо от вашего предыдущего работодателя с указанием даты увольнения
- Подтверждение письма о получении материальной помощи (заполните письмо на последней странице данного заявления)

Если вы являетесь студентом дневной формы обучения:

- Доказательство зачисления в колледж (включая письмо из колледжа или университета, подтверждающее ваш статус учащегося дневного отделения, либо документы об оплате обучения или финансовые документы)

Если вы вышли на пенсию или имеете инвалидность:

- Копия налоговой декларации за предыдущий год и (или) формы W-2, 1099 и т. д. (если применимо)
- Копия последнего письма о назначении пособия от Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) с указанием размера ежемесячного пособия
- Копии двух последних выписок по всем чековым и сберегательным счетам, а также счетам кредитного союза

Подтверждение других доходов, не связанных с оплатой труда:

Предоставьте следующую информацию, если она применима к вашей финансовой ситуации:

- Письмо о выплате алиментов на содержание супруга (-и) и (или) ребенка
- Доход от сдачи в аренду недвижимости
- Доход от инвестиционной недвижимости
- Любые другие источники дохода, не указанные выше

Сведения о семье/домохозяйстве

Количество членов семьи/домохозяйства	
Количество лиц, находящихся на иждивении заявителя	
Возраст иждивенцев заявителя	

Другая информация

Если у вас есть дополнительные документы, которые могут помочь сотрудникам NS-EEHNS-EEH принять решение по вашему заявлению, такие как крупные неоплаченные счета, которые могут свидетельствовать о финансовых трудностях, предоставьте эти документы (например, счета за телефон, электричество и медицинские услуги, банковские или чековые выписки и т. д.).

Заявление на получение финансовой помощи

Номер счета пациента: _____

Подтверждение заявителя

Настоящим подтверждаю, что, насколько мне известно, указанная информация в данном заявлении является достоверной и полной. Я буду обращаться за любой помощью государственных, федеральных или местных органов, на которую могу иметь право, чтобы оплатить этот счет от NS-ЕЕН. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена NS-ЕЕН, и я разрешаю NS-ЕЕН связаться с третьими лицами для проверки точности информации, предоставленной в данном заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставлю ложную информацию в данном заявлении, я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть отменена, а также я буду нести ответственность за оплату счета NS-ЕЕН.

Подпись заявителя: _____

Дата: _____

Куда подавать заполненные заявления:

<u>Больница:</u>	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
<u>Почтовый адрес:</u>	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
<u>Факс, электронная почта или портал для пациентов:</u>	(847) 982-6957 или загрузите на NorthShore Connect	(773) 878-6838 или загрузите на NorthShore Connect	(847) 618-4549 или загрузите на NCH MyChart	(331) 221-2704 или напишите письмо по адресу financialassistance@eehealth.org
<u>Номер телефона:</u>	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
<u>Лично:</u>	Подайте заполненные заявления и подтверждающие документы финансовому консультанту больницы, посетив учреждение, в которое вы обращаетесь за помощью.			

Жалобы или проблемы, связанные с процессом подачи заявления на получение помощи со скидкой для незастрахованных пациентов либо процессом предоставления финансовой помощи больницей, можно сообщить в Бюро здравоохранения (Health Care Bureau) при Генеральной прокуратуре штата Иллинойс (Illinois Attorney General) по номеру 1-877-305-5145 или по электронному адресу illinoisattorneygeneral.gov.

Заявление на получение финансовой помощи

Номер счета пациента: _____

**Заявление о предоставлении жилья и питания и подтверждение письма о
получении материальной помощи**

Эта форма заполняется лицом, предоставляющим жилье и питание и (или) финансовую поддержку, и заполняется только для заявителя, который проживает с кем-то, кроме своего (-й) законного (-й) супруга (-и).

Я, _____, на данный момент предоставляю
(выберите все, что применимо)

- Финансовую помощь
 Проживание и питание

(укажите, кому) _____ на протяжении _____.

Я не несу ответственности за медицинские расходы, понесенные вышеуказанным лицом.

Адрес, по которому предоставляется жилье и питание:

Я предоставляю денежную помощь в размере _____ долларов в неделю/месяц (обведите).

Другая помощь (укажите): _____.

Имя, фамилия и адрес лица, оказывающего поддержку (печатными буквами)

Имя и фамилия: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Подпись лица, оказывающего поддержку: _____ Дата: _____

Заявление на получение финансовой помощи

Номер счета пациента: _____

Подтверждение заработной платы работодателя

Настоящим подтверждаю, что _____ работает в
(имя и фамилия сотрудника)

_____ с _____
(имя и фамилия работодателя) (дата приема на работу)

_____ получает валовой доход (до вычета
(имя и фамилия сотрудника)

налогов, социального обеспечения, страхования и т. д.) в размере
_____ долларов.

Периодичность выплаты зарплаты составляет:

- Раз в неделю
- Раз в две недели
- Два раза в месяц
- Раз в месяц
- Раз в год

_____/_____
Подпись работодателя / Должность

Дата: _____

Адрес

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона