



CEDARS-SINAI®

Медицинский центр Cedars-Sinai  
Отдел обработки финансовой помощи  
Файл 1688  
1801 W. Olympic Blvd.  
Пасадена, Калифорния. 91199-1688

Время работы: 8:00 - 6:00, будние дни  
Номер телефона: 323-866-8600  
Круглосуточный доступ по факсу:  
323-866-3077  
Электронная почта:  
Patient.Billing@cshs.org

Возможно, услуги, которые вы получили, могут иметь право на получение страховки в рамках Политики финансовой помощи Cedars-Sinai. Тем не менее, для правильной оценки вашей способности оплачивать все или часть больничного счета (-ов) в соответствии с Политикой финансовой помощи Cedars-Sinai требуется дополнительная документация.

К вашему обзору прилагается сводка о политике. Чтобы помочь нам в нашей оценке, просьба представить следующую документацию не позднее 15 дней с даты этого письма. Обратите внимание, что обязательно включить все запрошенные документы или предоставить подписанное заявление, объясняющее, почему любой из приведенных ниже элементов не относится к вашей ситуации. Пожалуйста, верните информацию по электронной почте, факсу или электронной почте, указанному в верхней части этого письма. Мы просим вас отправить копии документов, указанных ниже, поскольку они не будут возвращены вам:

- (1) Полностью заполненная заявка (прилагается к настоящему письму).
  - Копия вашей текущей федеральной налоговой декларации (пример, форма 1040) или заявки за предыдущий год вместе с прилагаемой формой 4506-T, подписанной и датированной. Не отправляйте свою государственную налоговую декларацию. Если Федеральная налоговая декларация недоступна, включите копию вашей последней заработной платы (-ов) из всех рабочих мест в течение последних шести (6) месяцев (пациент и супруг) и сообщите нам, если произошли существенные изменения в вашем предыдущем годовых.
  - Обратите внимание, что это включает в себя государственную помощь, например, безработицу, выплаты по инвалидности, социальное страхование и т. Д.
  - Если вы не получаете никакого дохода, который был бы отражен в перечисленных выше документах, пожалуйста, подготовьте краткое заявление о вашей текущей финансовой ситуации. Обязательно подпишите и укажите дату.
  - Если вы получаете финансовую помощь от кого-то, просьба предоставить это письменное заявление с указанием суммы и частоты предоставления финансовой помощи.



CEDARS-SINAI®

(2) Проверка арендной платы или ипотеки (купон, арендная плата, аннулированный чек)

- Если вы живете с кем-то, попросите этого человека представить письменное заявление с объяснением финансовых условий соглашения.

(3) Копия ваших двух предыдущих (2) месяцев проверки и сберегательных банковских выписок (все страницы для пациента и для супруга).

(4) Копию выписки по счету денежного рынка / брокерской компании, сертификаты на акции и облигации и свидетельство о депозитах, если это применимо.

**Пенсионные счета, такие как 401 (k) и 403 (b) заявления и пенсионные планы, исключаются и не должны предоставляться.**

Пожалуйста, также поймите, что подача полного заявления не означает, что ваши услуги будут квалифицироваться в соответствии с Политикой финансовой помощи Cedars-Sinai. В нашем обзоре есть ряд соображений. Как только процесс проверки будет завершен, вы будете уведомлены по почте о результатах вашего заявления.

Политика финансовой помощи Cedars-Sinai предоставляет помощь пациентам, чей семейный доход не превышает 450 процентов федерального уровня бедности. Существует ряд других федеральных, государственных, местных и частных источников, доступных для финансирования ухода за лицами с низкими доходами. Мы можем помочь вам определить источники финансирования, которые будут применяться к вашей ситуации.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, обратитесь за помощью к представителям службы поддержки клиентов по телефону 323-866-8600.

С уважением,

Cedars-Sinai Департамент финансовых услуг пациентов



**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE  
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ**

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_

Номер счета или медицинской карты пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Последние 4 цифры SS#: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Телефон, по которому с вами можно связаться в дневное время ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Номер дома, улица \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый код: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия супруги/супруга \_\_\_\_\_ Последние 4 цифры SS#: XXX\_XX \_\_\_\_\_

Вы гражданин США? Да Нет

Если нет, у вас есть право на постоянное жительство (resident alien)? Да Нет

Если нет, у вас нет права на постоянное жительство (non-resident alien)? Да Нет

<b>Семейное положение.</b>	<b>Перечислите всех иждивенцев (если больше чем 4, то используйте другой лист)</b>	
Имя и фамилия:	Возраст:	Степень родства:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Место работы и профессия**

Работодатель \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Если работаете на себя, то укажите название бизнеса \_\_\_\_\_

Адрес работодателя \_\_\_\_\_

Телефон ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Как давно работаете: \_\_\_\_\_

Работодатель супруги/супруги \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Если работает на себя, то укажите название бизнеса \_\_\_\_\_

Текущий месячный доход	Пациент	Супруг(а)	Итого
Зарплата до вычетов	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от своего бизнеса	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Проценты и дивиденды	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от недвижимости и аренды	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособия Social Security / пенсии	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Алименты на супругу/супруга и детей	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пенсия или пособие по инвалидности	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Общий месячный доход</b>	\$ _____	\$ _____	

**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE  
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ**

Расходы первой необходимости (в месяц)	Пациент	Супруг(а)	Итого
Квартплата или ипотека	\$	\$	\$
Налоги на недвижимость	\$	\$	\$
Коммунальные услуги и телефон	\$	\$	\$
Алименты на супругу/супруга и ребенка	\$	\$	\$
Кредит на машину / лизинг	\$	\$	\$
Образование (плата за школу/вуз)	\$	\$	\$
Продукты питания	\$	\$	\$
Страхование (дом/машины)	\$	\$	\$
Детский сад или няня (для иждивенцев)	\$	\$	\$
Другие расходы	\$	\$	\$
<b>Общий месячный расход</b>	\$	\$	\$

Медицинский долг	Пациент	Супруг(а)	Итого
Неуплаченный мед. долг (Сидарс-Синай)	\$	\$	\$
Другие медицинские долги	\$	\$	\$
<b>Всего медицинского долга</b>	\$	\$	\$

<b>Активы(без пенсионных счетов)</b>	\$	\$	\$
Акции и облигации	\$	\$	\$
Счета Money Market/брокерские счета	\$	\$	\$
Депозитные сертификаты	\$	\$	\$
<b>Всего активов</b>	\$	\$	\$

Ставя подпись под заявлением, я соглашаюсь, чтобы "Сидарс-Синай" проверил мое место работы и запросил кредитную историю.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись супруга/супруги)

\_\_\_\_\_  
(Дата)