

Financial Assistance Application
Заявление на получение финансовой помощи

Пожалуйста, отправьте заполненное заявление и подтверждающие документы по адресу:

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit, File 1688
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Часы работы: 8 а.м.–4:30 р.м.
Рабочие дни: Понедельник – пятница
Номер телефона: 323-866-8600
Электронная почта: Patient.Billing@cshs.org

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ,
ВКЛЮЧАЮЩЕЕ СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ**

Это заявление организации на получение финансовой помощи в рамках благотворительной помощи или с предоставлением скидки. Если у вас есть вопросы, контактная информация указана выше.

Для того чтобы претендовать на получение помощи, заполните это заявление, так как это поможет организации определить, имеете ли вы право на получение благотворительной помощи (бесплатное обслуживание) или на получение скидки (по сниженным расценкам, но не бесплатно). Даже если вы подадите заявление, мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на получение помощи. После получения заполненного заявления и документации всем пациентам будет предоставлен письменный ответ, подтверждающий одобрение или отказ.

Политика предоставления финансовой помощи распространяется на необходимое по медицинским показаниям обслуживание, предоставляемое в медицинскими учреждениями Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation ("CSMCF"), Huntington Hospital, Huntington Health Physicians, а также врачами-преподавателями медицинского факультета, врачами CSMCF и Huntington Health, включая врачей, работающих в медицинских группах, заключивших с ними договор о предоставлении профессиональных услуг, и врачами отделения неотложной помощи Cedars-Sinai. Для получения финансовой помощи с оплатой запланированных факультативных процедур для стационарных пациентов, неэкстренных амбулаторных процедур или процедур последующего наблюдения после выписки необходимо предварительное одобрение Vice President, Finance и Chief Revenue Cycle Officer или уполномоченным ими лицом. Одобрению подлежат только необходимые по медицинским показаниям процедуры.

Заполненное заявление с подписью и датой можно отправить по почте или электронной почте.

- Заполненное заявление должно содержать дату и подпись заявителя.
- Сроки подачи заявления не установлены.
- В дополнение к заявлению **необходимо предоставить документы, подтверждающие доходы** как ваши, так и вашего/вашей супруга(-и)/партнера(-ши) (если вы состоите в браке, гражданском союзе или домашнем партнерстве). Этими документами могут быть либо **квитанции о начислении заработной платы** (две последние), либо **федеральная налоговая декларация** (за предыдущий год).
- Отсутствие или непредоставление документов может привести к задержке или отказу в предоставлении финансовой помощи.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы не застрахованы и предположительно соответствуете определенным критериям участия в программе Medi-Cal, вам не нужно заполнять это заявление.

Пациент должен, в качестве условия предоставления благотворительной помощи, подать заявление на участие в программах Medi-Cal, Healthy Families и программе County Trauma Program, если это применимо, и, при необходимости, на участие в программе Covered California. Вышеизложенное также относится к пациентам, проживающим за пределами штата, и их заявлению на участие в программе Medicaid в своем штате. Прежде чем предоставить скидку, организация может потребовать, чтобы пациент прошел проверку на соответствие критериям участия в Medi-Cal, для того, чтобы пациент получил информацию о льготах Medi-Cal. Однако для получения скидки регистрация в Medi-Cal не требуется.

Информация о пациенте			
Имя пациента		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Домашний адрес		Город	Штат Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Адрес электронной почты	
Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		Годовой доход домохозяйства: \$ _____	
Семейное положение: <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Раздельное проживание супругов <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> В домашнем партнерстве		Количество человек в вашем домохозяйстве (указанных в вашей налоговой декларации): _____	
Сведения о трудоустройстве <input type="checkbox"/> Работа по найму <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Безработный – Последняя дата трудоустройства: _____			
Название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс
Информация о супруге/гражданском(-ой) супруге/родителях/поручителе			
Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Гражданский(-ая) супруг(-а) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Поручитель <input type="checkbox"/> Другое: _____			
Имя		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Сведения о трудоустройстве <input type="checkbox"/> Работа по найму <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Безработный – Последняя дата трудоустройства: _____			
Название работодателя		Номер телефона	

Адрес работодателя	Город	Штат	Почтовый индекс
--------------------	-------	------	-----------------

Страховое покрытие

Имеете ли вы право на какую-либо медицинскую страховку? Да Нет

Если «Да», укажите следующие данные:

Владелец полиса	Страховщик	Номер полиса
Владелец полиса	Страховщик	Номер полиса

Подávalи ли вы заявление на участие в программе Medi-Cal/Medicaid? Да Нет

Если «Да», опишите, результаты подачи этого заявления: _____

Проходили ли вы проверку на соответствие критериям участия в Medi-Cal/Medicaid?

Да Нет

Если «Да», опишите, результаты этой проверки: _____

Информация о доходах и расходах

Ежемесячный доход (текущий)	Пациент/поручитель	Супруг(-а)/ партнер(-ша)	Итого
Валовой доход	\$	\$	\$

Ежемесячные основные бытовые расходы	Пациент/поручитель	Супруг(-а)/ партнер(-ша)	Итого
Аренда или ипотека	\$	\$	\$
Налоги на недвижимость	\$	\$	\$
Товары для ухода за домом, уборки и ведения домашнего хозяйства			
Коммунальные услуги и телефон	\$	\$	\$
Одежда и стирка			
Медицинское и стоматологическое обслуживание			
Алименты на содержание супруга/супруги или детей	\$	\$	\$
Транспорт и автомобиль (страхование, бензин, ремонт, аренда)	\$	\$	\$
Образование	\$	\$	\$
Школа / уход за детьми (несовершеннолетние иждивенцы)	\$	\$	\$
Питание	\$	\$	\$
Страхование	\$	\$	\$
Прочие чрезвычайные расходы	\$	\$	\$
Общие ежемесячные расходы	\$	\$	\$

Медицинская задолженность (текущая)	Пациент/поручитель	Супруг(-а)/ партнер(-ша)	Итого
Непогашенная медицинская задолженность перед Cedars-Sinai или Huntington Health	\$	\$	\$

Другие медицинские долги	\$	\$	\$
--------------------------	----	----	----

Да, я даю согласие на использование предположительного соответствия критериям для рассмотрения вопроса о предоставлении благотворительной помощи или скидки.

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я заявляю на получение любой местной или федеральной помощи или помощи на уровне штата, на которую я могу иметь право, чтобы снизить расходы на оплату больничных и профессиональных счетов. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена Организацией, и я разрешаю ей связаться с третьими лицами для проверки точности информации, предоставленной в данном заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставил неверную информацию или если заявление содержит существенную ошибку или упущение, я потеряю право на получение финансовой помощи. Если финансовая помощь была предоставлена мне ранее, она может быть отменена в данное время, и я буду нести ответственность за оплату баланса на моем счету.

Подпись лица, подающего заявление на получение
финансовой помощи

Дата

Подпись супруга(-и)/гражданского(-ой) супруга(-и)/
поручителя (если применимо)

Дата