



**Заявка на участие в программе финансовой помощи больницам
(Hospital Financial Assistance Program Application)**
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
Телефон: 470-245-9998

Информация о пациенте Постоянное проживание в США: Да Нет

Номер медицинской карты (Medical Record Number, MRN): _____ Название учреждения: _____

Имя пациента: _____ Номер социального страхования: _____ Дата рождения: _____

Информация о поручителе и супруге В браке В разводе Раздельное проживание Вдовец (вдова) Не состоит в браке

Имя поручителя: _____ Номер социального страхования: _____ Степень родства с пациентом: _____

Дата рождения: ____ / ____ / ____ Домашний адрес: _____

Телефон: (____) _____ Другой телефон: (____) _____

Работодатель 1: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодная или почасовая оплата: _____ Полная занятость, неполная занятость или безработный (-ая) (обведите один вариант)

Работодатель 2: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодная или почасовая оплата: _____ Полная занятость, неполная занятость или безработный (-ая) (обведите один вариант)

Имя супруга: _____ Номер социального страхования: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____

Работодатель 1: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодная или почасовая оплата: _____ Полная занятость, неполная занятость или безработный (-ая) (обведите один вариант)

Работодатель 2: _____ Адрес: _____

Работа №: _____ Должность: _____ Ежегодная или почасовая оплата: _____ Полная занятость, неполная занятость или безработный (-ая) (обведите один вариант)

Законные иждивенцы (перечислите только тех иждивенцев, которые могут быть указаны в вашей федеральной налоговой форме)

| Ф. И. О. (имя, отчество, фамилия) | Дата рождения (мм/дд/гг) | Степень родства | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|--|
| | / / | | Подавали ли вы заявку на участие в программе Medicaid? Да _____ Нет _____ |
| | / / | | |
| | / / | | Имеете ли вы право на участие в программе Cobra? Да _____ Нет _____ |
| | / / | | |

Активы и другие источники дохода

Остаток на расчетном счету: \$ _____ Название банка: _____ Остаток на сберегательном счету: \$ _____ Название банка: _____

Остаток по краткосрочным долговым ценным бумагам: \$ _____ Название банка: _____ Социальное обеспечение: \$ _____ Ежемесячная пенсия: \$ _____

Алименты: \$ _____ Пособие на ребенка: \$ _____ Депозитные сертификаты: _____

Любые другие активы, например, акции, облигации и т. д.: Тип: _____ Стоимость: (\$) _____

Получаете ли вы компенсацию по студенческому кредиту? Да или нет (обведите кружком) Сумма компенсации по студенческому кредиту: \$ _____

Подавали ли вы заявление о банкротстве за последние 3 года? Да или нет (обведите кружком) Если да, укажите дату: ____ / ____ / ____

Имеется ли у вас недвижимость для сдачи в аренду? Да или нет (обведите кружком). Если да, каков ежемесячный доход? \$ _____ Стоимость недвижимости: \$ _____

Wellstar Health System обязуется оказывать финансовую помощь пациентам, которые обращаются за необходимым с медицинской точки зрения лечением в больницы Wellstar, но имеют ограниченные возможности или не могут оплатить это лечение. Wellstar предоставляет экстренную медицинскую помощь всем пациентам, независимо от их платежеспособности или права на участие в программе финансовой помощи.

Чтобы получить право на финансовую помощь больницы Wellstar, необходимо сотрудничество с Wellstar в выявлении и определении альтернативных источников оплаты или покрытия из государственных и частных программ оплаты. Ниже перечислены условия для получения права на финансовую помощь.

Информация о заявлении

Подайте подписанное и заполненное заявление на получение финансовой помощи с правдивой и точной информацией.

Все претенденты на финансовую помощь должны предъявить доказательства доходов и активов домохозяйства, предоставив указанные далее применимые документы.

Последняя форма 1040 Налогового управления США и форма W-2/1099 Налогового управления США (если применимо), выданная за последний год, для соответствия форме 1040 Налогового управления США

Предоставьте перечисленные ниже документы, отражающие ваше ТЕКУЩЕЕ финансовое положение.

- Предоставьте выписки о зарплате за три (3) месяца или справку от работодателя, подтверждающую размер заработной платы до удержания налогов, И выписки из банка за два (2) последних месяца по каждому расчетному, сберегательному счету, по краткосрочным долговым ценным бумагам или другому банковскому или инвестиционному счету домохозяйства. Все страницы, включая пустые. ИЛИ
- Последняя форма 1040 Налогового управления США (включая все таблицы) и форма W-2/1099 Налогового управления США (если применимо), выданная за последний год, для соответствия форме 1040.

Дополнительная документация (если применимо)

- Письменные справки за последние два (2) месяца о прочих доходах (например, компенсация по безработице, инвалидности, пенсия, компенсации студенческих займов, письмо из Управления социального обеспечения, текущий отчет о финансовых результатах для самозанятых заявителей, документы об алиментах по решению суда, документы о пособиях на ребенка по решению суда, выписка о действиях по льготной карте (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)) и т. д. для домохозяйства)
- Если вы безработный (-ая) менее 3 месяцев — уведомление об увольнении от предыдущего работодателя
- Если вы безработный (-ая) более 3 месяцев — справка о заработной плате (Министерство труда)
- Письмо с отказом в выплате компенсации по безработице
- Документальное подтверждение стоимости активов, включая, помимо прочего, декларации по налогу на имущество, депозитные сертификаты и другие инвестиционные документы
- Заявления о взносах от лиц, которые приносят пациенту доход или оказывают помощь в натуральной форме
- Не допускается изменять или редактировать документы

Эта информация должна быть получена в течение 30 дней для рассмотрения вашего заявления. Счета, имеющие право на рассмотрение финансовой помощи в рамках Программы финансовой помощи Wellstar Health System, должны иметь заполненные заявки, поданные в течение 240 дней с даты первого выставления счета после выписки. Wellstar оставляет за собой право не обрабатывать ваш счет для участия в программе финансовой помощи, если он не соответствует требованиям. Вы можете обратиться в компанию Wellstar с вопросами или за помощью по данному заявлению по адресу:

Единый бухгалтерский отдел (Single Billing Office, SBO) Департамент программы финансовой помощи (Financial Assistance Program, FAP), P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, номер факса: 770-792-1737 или номер телефона: 470-245-9998

Комментарии

Настоящим я прошу компанию Wellstar определить мое право на участие в программе финансовой помощи. Я понимаю, что предоставленная мной информация о моем годовом доходе и размере семьи должна быть проверена. Я также понимаю, что, если предоставленная мною информация окажется ложной, это приведет к отказу в праве на получение финансовой помощи. Я также соглашаюсь подать заявление и пройти процесс проверки на получение любой помощи (например, Medicaid, Medicare, State Aid (для больных раком), Vocational Rehab, Insurance и т. д.), которая может быть доступна для оплаты моих расходов по счету Wellstar. Я буду полностью сотрудничать в принятии любых мер, которые могут быть сочтены необходимыми для получения такой помощи, и обязуюсь назначить или выплатить Wellstar сумму, взысканную в счет оплаты услуг Wellstar. Я соглашаюсь оплатить все остатки после корректировки программы финансовой помощи. Невыполнение этого требования может привести к отмене всех скидок по программе финансовой помощи. Для каждого поручителя необходимо заполнить заявление на участие в программе финансовой помощи.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация верна и соответствует действительности, насколько мне известно.

Подпись поручителя: _____ Дата: _____

Прочие сценарии и дополнительные документы, принимаемые вместо запрашиваемых документов:

- Если доход за текущий год меньше дохода, указанного в налоговой декларации, то вместо налоговой декларации предоставьте выписки с банковского счета за два месяца (без опущенных страниц) и справки о заработной плате за 3 месяца

Если вы не можете предоставить копию последней федеральной налоговой декларации по подоходному налогу, включая все формы W-2, 1099 и любые приложения, предоставьте два документа из приведенного ниже перечня.

- Предоставьте выписки о зарплате за три (3) месяца (или справку о безработице) и две (2) актуальные выписки по каждому расчетному, сберегательному счету и по краткосрочным долговым ценным бумагам (без пропущенных страниц).
 - Если на банковском счете имеются дополнительные вклады, нам понадобятся подтверждающие документы по этим вкладам.
 - Для подаренных или одолженных денежных средств — письмо от человека, подарившего сумму, или от кредитора.
 - Для наследства — письмо о завещании с подтверждением суммы.
 - Для распределения средств по счетам IRA, 401k или другим пенсионным счетам, а также для продажи акций/облигаций — выписка с этого счета, подтверждающая сумму распределения.
 - Для кредитов на страхование жизни — выписка с этого счета с информацией о распределении.
 - При продаже автомобиля — договор купли-продажи.
 - Для получения алиментов на ребенка — копия решения о разводе с указанием размера алиментов.
 - Если на работе не выдаются квитанции об оплате труда, то письмо от работодателя (даже если это друг или член семьи) с указанием размера зарплаты и периодичности ее выплаты.
 - Если у вас не было дохода в течение последних 3 месяцев, письмо-подтверждение от человека, который вам помогает, а также справка о заработной плате из Министерства труда, если у вас есть номер социального страхования.
-
- Другие ситуации
 - Пациент — это родитель, проживающий с детьми, и дети, которые заявляют родителя в своей налоговой декларации.
 - Пожалуйста, предоставьте выписки с банковского счета, квитанции об оплате труда и письмо-подтверждение.
 - Пациент является бездомным.
 - Предоставьте справку о заработной плате или
 - Если вы получаете зарплату наличными, справку о доходах и письмо-подтверждение от проживающего с вами человека.
 - Пациенту/заявителю не исполнился двадцать один год, и он числится иждивенцем в чужой налоговой декларации.
 - Пожалуйста, предоставьте налоговую декларацию, формы W-2, 1099 и любые приложения для ваших родителей.
 - Если родители не подавали налоговую декларацию, предоставьте выписки с банковских счетов и платежные ведомости.