

Заявка на получение финансовой помощи

Компания Tufts Medicine гордится тем, что обеспечивает лучшее лечение для каждого пациента. Компания Tufts Medicine предлагает финансовую помощь в рамках своей Политики финансовой помощи пациентам, которые не могут оплатить неотложную и необходимую по медицинским показаниям помощь. Финансовая помощь Tufts Medicine не предназначена для покрытия услуг, не являющихся необходимыми по медицинским показаниям. Она также не предполагает предоставления скидок на страховые доплаты, совместное страхование или франшизы.

Ожидается, что пациенты, у которых есть средства, будут платить за услуги, полученные в Tufts Medicine. Однако у вас есть право на получение финансовой помощи. Пациентам настоятельно рекомендуется подать заявки на участие в любых доступных государственных программах помощи, таких как MassHealth, ConnectorCare или Health Safety Net, прежде чем подавать заявку на участие в Программе финансовой помощи Tufts Medicine.

Отсутствие поданной заявки на участие в государственной программе помощи, на которую вы потенциально имеете право, может привести к задержке или отклонению вашей заявки. Если вам нужна помощь в подаче заявки на участие в государственных программах помощи, вам может помочь один из наших финансовых координаторов Tufts Medicine.

Ваше право на участие в программах финансовой помощи зависит от полного и точного заполнения вами настоящей Заявки на получение финансовой помощи.

Инструкции

Пожалуйста, полностью заполните Заявку на получение финансовой помощи и приложите копии следующих документов для всех заявителей. Если в течение 30 дней не будут предоставлены все необходимые документы, заявка будет отклонена. Пожалуйста, приложите копии всех предоставляемых документов, поскольку, к сожалению, они не подлежат возврату.

- Заполните все соответствующие разделы заявки и обязательно **подпишите аффидевит на странице 4**
- Приложите копию своих **водительских прав, другое удостоверение личности с фотографией или документы, подтверждающие ваше текущее место жительства.** Во всех поданных документах должно быть указано ваше имя.
- Приложите копию вашей **карты (карт) страхования**
- Приложите какую-либо **форму подтверждения дохода:**
 - Приложите копию вашей последней **формы (форм) W-2**
 - Если в **ваших доходах недавно произошли изменения**, приложите такие документы, как последние квитанции о начислении заработной платы (минимум 4), заявления об отсутствии трудоустройства, банковские выписки / инвестиционные декларации и/или документы о социальном страховании
- Если пациент **умер**, предоставьте копию свидетельства о смерти и письмо с указанием статуса имущества

TuftsMedicine

Если у вас возникнут вопросы, обращайтесь в Отдел финансовой координации Tufts Medicine по адресу:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
978-973-6700

или лично в следующие отделения Tufts Medicine:

- Медицинский центр Тафтса (Tufts Medical Center)
Бивенд Билдинг, 2-й этаж, 260 Тремонт-стрит, Бостон, штат Массачусетс, 02111 (Biewend Building, 1st Floor, 260 Tremont Street, Boston, MA 02111)
- Медицинский центр Тафтса (Tufts Medical Center)
Проджер Билдинг, 2-й этаж, 800 Вашингтон-стрит, Бостон, штат Массачусетс, 02111 (Proger Building, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111)
- Больница общего профиля Лоуэлла (Lowell General Hospital)
Даход Билдинг, 1-й этаж, 295 Варнум-авеню, Лоуэлл, штат Массачусетс, 01854 (Dahod Building, Ground Floor, 295 Varnum Avenue, Lowell, MA 01854)
- Кампус Святых Больницы общего профиля Лоуэлла (Lowell General Hospital Saints Campus)
1-й этаж, 1 Госпитал драйв, Лоуэлл, штат Массачусетс, 01852 (1 Hospital Drive, Ground Floor, Lowell, MA 01852)
- Больница Мелроуз Уэйкфилд (MelroseWakefield Hospital)
585 Лэбанон-стрит, офис 101, Мелроуз, штат Массачусетс 02176 (585 Lebanon Street, Suite 101, Melrose, MA 02176)
- Больница Лоуренс Мемориэл (Lawrence Memorial Hospital)
1-й этаж возле отделения неотложной помощи, 170 Говернорс-авеню, Медфорд, штат Массачусетс, 02155 (Ground Floor near Urgent Care, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155)

Пожалуйста, отправьте заполненную заявку по адресу:

Медицинский центр Тафтса (Tufts Medical Center)
Служба финансовой координации
800 Вашингтон-стрит, а/я 475, Бостон, штат Массачусетс, 02111 (800 Washington Street, Box 475, Boston, MA 02111)

1 О пациенте/заявителе

Пожалуйста, заполните этот раздел о пациенте и/или заявителе.

Необходимые документы: Пожалуйста, приложите документы, подтверждающие резидентство: водительские права, другое удостоверение личности с фотографией или документы, подтверждающие ваше нынешнее место жительства. Во всех поданных документах должно быть указано имя пациента.

Сегодняшняя дата _____

Имя пациента _____

Дата рождения пациента / /

Номер социального страхования пациента / /

Номер медицинской карты пациента _____

Имя заявителя _____

Номер телефона заявителя _____

Адрес заявителя _____

Заявителем является либо пациент, либо лицо, несущее финансовую ответственность за пациента.

**Формат даты рождения:
ДД/ММ/ГГГГ**

О вашей семье

Перечислите всех членов семьи, их даты рождения и степень родства с заявителем.

Член семьи 1 _____

Дата рождения / /

Степень родства с пациентом _____

Член семьи 2 _____

Дата рождения / /

Степень родства с пациентом _____

Член семьи 3 _____

Дата рождения / /

Степень родства с пациентом _____

Член семьи 4 _____

Дата рождения / /

Степень родства с пациентом _____

Член семьи 5 _____

Дата рождения / /

Степень родства с пациентом _____

Да Нет Вы гражданин Соединенных Штатов?

Да Нет Если НЕТ, являетесь ли вы постоянным резидентом, проживающим на законных основаниях в США*?

*если пациент является постоянным резидентом, предоставьте копию официальной документации.

2 Информация о страховке

Пожалуйста, заполните этот раздел о страховке пациента.

Необходимые документы: В случае необходимости приложите копию страховой карты пациента, уведомления от Medicaid, уведомления о непокрываемых услугах, документацию об ограничениях сети. Во всех поданных документах должно быть указано имя пациента.

- Да Нет Подавали ли вы заявку на участие в программе Medicaid в течение последних 6 месяцев?
- Да Нет Есть ли у вас находящаяся на рассмотрении или одобренная заявка на участие в программе Medicaid?
- Да Нет Ваша заявка на получение медицинского обслуживания Medicaid была отклонена?
- Да Нет У вас есть медицинская страховка?
- Да Нет Ваша заявка на получение медицинского обслуживания Medicaid была отклонена?
- Да Нет Ваша заявка на получение медицинского обслуживания Medicaid была отклонена?

Если да, пожалуйста, опишите _____

Основная информация о страховке

Название страховки _____

Страховой адрес _____

Номер полиса/идентификатор _____

Номер группы _____

Страхователь _____

Дата рождения страхователя / /

Степень родства со страхователем _____

Работодатель страхователя _____

Дата вступления в силу / /

Дополнительная информация о страховке

Название страховки _____

Страховой адрес _____

Номер полиса/идентификатор _____

Номер группы _____

Страхователь _____

Дата рождения страхователя / /

Степень родства со страхователем _____

Работодатель страхователя _____

Дата вступления в силу / /

3 Monthly gross income and assets

Пожалуйста, заполните этот раздел о трудовом доходе и активах пациента и каждого работающего члена семьи, указанного в разделе 1. Пожалуйста, укажите валовой доход, который представляет собой доход до вычета налогов и отчислений.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ: Пожалуйста, приложите документы, подтверждающие этот доход: квитанции о начислении заработной платы, квитанции о подоходном налоге, отчет по форме W2, банковские выписки, брокерские отчеты или другие доказательства.

Раздел 3 можно оставить пустым, если пациент и члены его/ее семьи не имеют трудового дохода или активов.

Семейный доход

	ПАЦИЕНТ	ЧЛЕН СЕМЬИ 1	ЧЛЕН СЕМЬИ 2	ЧЛЕН СЕМЬИ 3	ЧЛЕН СЕМЬИ 4	(ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)
Заработная плата/Оклад/Чаевые						
Компенсация по безработице						
Социальное страхование						
Пособие на ребенка + Алименты						
Доход от самостоятельной предпринимательской деятельности						
Процентный/дивидендный доход						
Пенсия						
Индивидуальный пенсионный счет (IRA)/Акции/Облигации						
Доход от аренды						
Доверительные платежи						
Компенсация работникам, получившим производственные травмы						
Льготы для ветеранов						

Отсутствие отчета о прибылях и убытках

Если у вас **нет дохода** и вы получаете финансовую поддержку со стороны другого человека, попросите его заполнить и подписать приведенное ниже заявление.

Имя пациента _____

в настоящее время не имеет дохода. Сейчас я поддерживаю их, обеспечивая едой, кровом и любой необходимой одеждой. Также я оказываю им финансовую помощь в среднем в размере _____ дол. США на месяц.

Подпись лица, оказывающего поддержку _____

Дата / /

Активы семьи — текущие и сберегательные счета

ВИД СЧЕТА	БАНК / УЧРЕЖДЕНИЕ	БАЛАНС

Вид счета: текущий или сберегательный.

Раздел 3, продолжение стр. 5

Прочие исчисляемые активы семьи

ВИД СЧЕТА	БАНК / УЧРЕЖДЕНИЕ	БАЛАНС
Акции / Облигации		
Депозитный сертификат		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет (HSA)		
Сберегательный сертификат		
Рождественские клубы или клубы отдыха		
Другое		

4 Медицинские нужды

Возможно, этот раздел к вам не относится. Пожалуйста, заполните этот раздел, если у вас есть значительные медицинские счета. Перечислите расходы на медицинское обслуживание, предоставляемое Tufts Medicine и другими поставщиками. Возможен запрос подтверждающих документов, но в настоящее время они не требуются.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ	ОБЩАЯ СУММА	КАК ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ТАКИЕ РАСХОДЫ?	(ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)
		<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	

Аффидевит — все заявители должны его подписать

Я клянусь (или подтверждаю), что вся информация, указанная в этой форме, является верной, точной и полной, насколько мне об этом известно, согласно имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению. Я согласен (согласна) сообщить в Tufts Medicine в течение одной недели обо всех изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другой информации, указанной в этой форме, которая может повлиять на мое право на получение финансовой помощи в Tufts Medicine. Я понимаю, что моя кредитная и другая финансовая информация может быть использована для проверки моей заявки и права на участие в программе. Я понимаю, что у меня есть 30 дней для предоставления точной и необходимой подтверждающей документации, которая будет учитываться для предоставления скидки.

Заведомо ложные заявления пациента, поданные с целью получения финансовой помощи, будут направлены в прокуратуру штата Массачусетс. Пациенты, подделавшие заявку на участие в Программе, больше не будут иметь права на участие в Программе и будут нести ответственность за все расходы, понесенные во время регистрации в Программе, задним числом с первого дня, когда расходы были понесены в рамках такой Программы.

Подпись заявителя _____

Дата / /

Все заявители должны подписать аффидевит, чтобы их заявка была рассмотрена.