



Salem Health и Salem Health West Valley

Административная (сокращенная) политика финансовой/благотворительной помощи и порядок ее осуществления

Salem Health стремится обеспечить нашим пациентам необходимую стационарную помощь независимо от их платежеспособности. Оказание медицинской помощи тем, кто не может позволить себе ее оплатить, является частью нашей миссии, и мы предоставляем бесплатную и льготную медицинскую помощь пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи. Вы можете претендовать на бесплатное или льготное медицинское обслуживание в зависимости от размера семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Вы также можете иметь право на участие в других государственных и общественных программах. Мы можем помочь вам узнать, можно ли с помощью этих программ (включая план медицинского страхования Oregon Health Plan) покрыть ваши медицинские счета, и помочь вам подать заявку на участие в этих программах.

Что покрывается страхованием? Мы предоставляем бесплатную медицинскую помощь и финансовую помощь пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи, по программе оплаты со скользящей шкалой скидок от 65 до 100% на услуги неотложной медицинской помощи и другие соответствующие услуги в больницах и клиниках Salem Health. Эта программа распространяется только на необходимую медицинскую помощь, предоставляемую в больницах и клиниках Salem Health. Она не покрывает расходы на процедуры, без которых с медицинской точки зрения можно обойтись, а также расходы на рецептурные препараты или посещения врачей, счета за которые были выставлены вне сети Salem Health. С пациента, имеющего право на получение финансовой помощи, не будет взиматься плата, превышающая суммы, обычно выставляемые пациентам, имеющим страховку.

Применимые поставщики: Скидки на финансовую помощь будут применяться к любому остатку(ам), причитающемуся(имся) больницам и клиникам Salem Health или нанятым поставщикам медицинской группы Salem Health Medical Group. Не нанятые группой поставщики услуг, предоставляющие услуги на нашем объекте, не обязаны считаться с нашим решением об оказании финансовой помощи.

Неотложная медицинская помощь: Salem Health располагает специальным отделением неотложной помощи и оказывает помощь при неотложных медицинских состояниях (как определено в Законе о неотложной медицинской помощи и труде) без дискриминации в соответствии с имеющимися возможностями, независимо от того, насколько пациент платежеспособен и имеет ли право на финансовую помощь.

Соответствие критериям и определение права на получение помощи: Критерии, учитываемые при определении права на получение финансовой помощи, основаны на размере вашей семьи и валовом доходе домохозяйства*.

Доходы домашних хозяйств, основанные на ежегодных процентах уровня бедности в соответствии с Федеральным уровнем бедности (FPG), являются основанием для получения финансовой помощи после подачи заявки в соответствии с указанным ниже и в финансовой матрице FPG:

Категория финансовой помощи	Процентная скидка
Доход 0-300% в процентах от федерального уровня бедности	100%
Доход 301-400% в процентах от федерального уровня бедности	65%
Оплата затрат сверх предела самостоятельных расходов	100% остатков, превышающих 20% валового семейного дохода

* Определение «валового дохода домохозяйства» включает совокупный валовой ежемесячный доход всех лиц, юридически ответственных за счет или баланс пациента.

Вы получите письмо с уведомлением о принятии решения или письмо с просьбой о предоставлении дополнительных документов по почте в течение 21 дня после получения нами вашей заявки. Любые другие потенциальные источники оплаты, такие как государственное медицинское страхование, совместное медицинское страхование и совместное несение расходов на медицинское обслуживание, страхование гражданской ответственности, страхование от несчастных случаев на производстве и т. д., должны быть исчерпаны до получения скидок. Финансовая помощь — это крайняя мера, и вы должны участвовать в процессе утверждения любого финансового решения, которое позволит оплатить счета пациента, чтобы иметь право на получение финансовой помощи.

Решения об оказании финансовой помощи действительны в течение 12 месяцев. Покрытие начнется с самой старой даты обслуживания для домохозяйства и закончится в последний день двенадцатого месяца, с которого обрабатывается утверждение.

Как подать заявку на получение финансовой помощи: Любой пациент может подать заявку, отправив нам заполненную форму заявки и предоставив подтверждающую документацию. Отправляя заявку на получение финансовой помощи, вы даете согласие на то, чтобы мы направили необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Чтобы ваша заявка была обработана, вы должны предоставить:

1. Федеральную налоговую декларацию за текущий год. Нам нужны все страницы и приложения. Если у вас есть собственное дело, укажите налоги на прибыль за текущий год. Пожалуйста, не отправляйте сведения о налогах, написанные от руки, формы W-2 или сведения о государственных налогах, так как мы не можем принять эти документы.
—ИЛИ
2. Если вы не подали налоговую декларацию за текущий год, вам необходимо получить от Налогового управления США письмо, подтверждающее это. Вы можете позвонить в Налоговое управление США по номеру 1-800-829-1040 или посетить местное отделение Налогового управления США, чтобы запросить это письмо.

Если у вас есть доход от любого из следующих действий, приложите копии к заявке.

3. Квитанции о заработной плате от вашего работодателя за последние три (3) месяца. Не отправляйте информацию о прямом депозите или банковские выписки, так как нам необходимо увидеть валовую заработную плату (до вычета налогов).
4. Письмо о назначении пособия Управления социального обеспечения за текущий год. Не отправляйте банковские выписки.
5. Письмо о назначении пенсионного пособия за текущий год. Не отправляйте банковские выписки.
6. Письмо о назначении пособия Департамента по делам ветеранов. Не отправляйте банковские выписки.
7. Письмо о назначении ежегодного пособия. Не отправляйте банковские выписки.
8. Письмо о назначении пособия по безработице. Не отправляйте банковские выписки.
9. Письмо о назначении выплаты пособия на ребенка. Не отправляйте банковские выписки.
10. Письмо о назначении выплаты алиментов. Не отправляйте банковские выписки.
11. Письмо о назначении выплаты финансовой помощи студентам.
12. Письмо о назначении краткосрочного пособия по нетрудоспособности. Не отправляйте банковские выписки.
13. Письмо о назначении долгосрочного пособия по нетрудоспособности. Не отправляйте банковские выписки.

Если ваша семья не имеет доходов, перечисленных выше, позвоните нам по телефону 503-562-4357 (вариант #3), чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в Плане медицинского страхования штата Орегон, и мы поможем вам подать заявку.

Если у вас есть какие-либо вопросы, вы хотите записаться на прием или получить дополнительную информацию, свяжитесь с нами:

- По телефону: 503-562-4357
- По эл. почте: financial.counselors@salemhealth.org
- Через наш веб-сайт по адресу: <http://www.salemhealth.org/financialassistance>

Переведенные версии формы заявки, политики финансовой помощи и резюме доступны по запросу на испанском, русском и вьетнамском языках. Чтобы получить документы по почте бесплатно, позвоните по номеру 503-562-4357 или посетите наш веб-сайт.

Пожалуйста, заполните заявку полностью, приложите всю необходимую документацию, перечисленную выше, и пришлите ответным письмом по адресу: Salem Health, PO Box 14001, Salem, OR 97309. Вы также можете отправить электронное письмо на эл. почту financial.counselors@salemhealth.org, отправить факсу на номер 503-814-1998 или лично доставить его в главный кампус больницы корпусе А на 1-м этаже на информационную стойку или в приемную главного офиса больницы West Valley.

Другие скидки и варианты помощи:

- **Скидка для незастрахованных пациентов:** мы предлагаем скидку 51% для пациентов, у которых нет медицинской страховки.
- **Рассрочка:** любой остаток причитающихся с вас сумм подлежит погашению в течение 30 дней. Баланс можно оплатить любым из следующих способов: кредитной картой, в рассрочку, наличными, чеком или онлайн-оплатой счетов.
 - Если вам нужна оплата в рассрочку, настройте ее через MyChart или позвоните по номеру, указанному в платежной выписке, 503-814-2455.

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

Просьба заполнить все графы. Если это невозможно, укажите «Н/Д» («нет данных»). При необходимости используйте дополнительные страницы.

СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Нужен ли Вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если «Да», укажите язык:</i>
Подавал ли пациент заявление на участие в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получает ли пациент государственные услуги от властей штата, например, по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF), Программе обеспечения основными продуктами питания (Basic Food) или Программе помощи женщинам, младенцам и детям из семей с недостаточным доходом (WIC)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент в настоящее время бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Связана ли необходимость получения медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПРИМЕЧАНИЕ

- Мы не можем гарантировать Вам право на получение финансовой помощи даже в случае подачи заявления.
- После отправки Вами заявления мы сможем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию, либо подтверждение доходов.
- В течение 21 календарного дня после получения от Вас заполненного заявления и документов мы сообщим Вам, имеете ли Вы право на получение помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя пациента	Второе имя пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое (указать _____)	Дата рождения	Номер карточки социального обеспечения пациента (необязательно)
Лицо, отвечающее за оплату счета	Кем является пациенту	Дата рождения
Почтовый адрес	Номер карточки социального обеспечения (необязательно)	
_____	Основной (-ые) контактный (-е) номер (-а) телефона () _____ () _____	
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты:		
Сведения о занятости лица, отвечающего за оплату счета _____		
<input type="checkbox"/> Работает (дата приема на работу: _____) <input type="checkbox"/> Не работает (период отсутствия трудоустройства _____)		
<input type="checkbox"/> Самозанятый <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое (_____)		

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Под семьей подразумевается: одинокий человек; или супруги, гражданские партнеры, или родитель и ребенок младше 18 лет, проживающие вместе; и другие лица, за которых одинокий человек, супруг, гражданский партнер или родитель несет финансовую ответственность.

СОСТАВ СЕМЬИ _____

При необходимости

<i>используйте дополнительную</i>	<i>страниц</i>				
Имя	Дата рождения	Кем является пациенту	Если лицо достигло 18 лет: Данные о работодателе (-ях) или источник дохода	Если лицо достигло 18 лет: Общий ежемесячный валовый доход (до уплаты налогов):	Подается ли также заявление на получение финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Необходимо указать информацию о доходах всех совершеннолетних членов семьи. Источники дохода включают, например:

- Зарботную плату - Пособие по безработице - Доход от самозанятости - Пособие по нетрудоспособности
- Пособие по инвалидности - Дополнительный доход по социальному обеспечению - Алименты, выплачиваемые на ребенка/супруга
- Программы совмещения учебы и работы (студенты) - Пенсию
- Выплаты по пенсионному счету - Другое (*поясните _____*)

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

ПОМНИТЕ: Вы должны приложить к заявлению подтверждение доходов.

Вы должны предоставить информацию о доходах своей семьи. Необходимо провести проверку доходов, чтобы определить необходимость предоставления финансовой помощи.

Все члены семьи, которым исполнилось 18 лет, должны раскрыть информацию о своих доходах. Если Вы не можете предоставить документы, Вы можете отправить подписанное Вами подтверждение с указанием своего дохода.

Просьба предоставить подтверждение по каждому установленному источнику дохода.

Примеры подтверждения дохода включают следующие документы:

- Форма «W-2» с выпиской об удержанных налогах; или
- Квитанции о начислении заработной платы (*за 3 месяца*); или
- Декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая приложения, если применимо; или
- Справки, подписанные работодателем или другими лицами; или
- Справка, подтверждающая/аннулирующая право на участие в программе Medicaid и/или получение медицинской помощи от властей штата; или
- Справка, подтверждающая/аннулирующая право на получение пособия по безработице.

При отсутствии подтверждения дохода или отсутствии дохода просьба представить пояснение на дополнительной странице.

**Форма заявления на получение благотворительной/финансовой помощи –
конфиденциально**

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ

Эта информация нужна нам для того, чтобы получить более полное представление о Вашем финансовом положении.

Ежемесячные расходы семьи:

Аренда/ипотека \$ _____	Медицинские расходы \$ _____
Страховые взносы \$ _____	Коммунальные услуги \$ _____
Прочая задолженность/расходы \$ _____ (алименты на ребенка, кредиты, лечение, другое)	

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ

Текущий остаток на расчетном счете
\$ _____

Текущий остаток на сберегательном счете
\$ _____

Есть ли у Вашей семьи другие активы?

Отметьте все подходящие варианты

- Акции Облигации Накопительный пенсионный счет (401K) Медицинский (-е) сберегательный (-е) счет (-а) Доверительный (-е) фонд (-ы) Имущество (кроме основного места проживания) Предпринимательская деятельность

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Используйте дополнительную страницу, если хотите сообщить иную информацию о Вашем текущем финансовом положении, например, о затруднительном финансовом положении, чрезмерных медицинских расходах, сезонном или временном доходе или личном ущербе.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я понимаю, что больница Salem Hospital имеет право проверять информацию путем оценки сведений о кредитоспособности и получения информации из других источников для принятия решения о моем праве на получение финансовой помощи или участие в программах выплат.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является достоверной и точной. Я понимаю, что если предоставленная мной финансовая информация будет признана недостоверной, мне может быть отказано в финансовой помощи, я могу быть привлечен (-а) к ответственности и вынужден (-а) оплатить оказанные услуги.

Подпись Заявителя

Дата