



Форма запроса на апелляцию по финансовой помощи

Пожалуйста, заполните эту форму, если Вы не согласны с нашим решением относительно Вашего права на получение финансовой помощи. Помните, что наше решение основано на Вашей заявке на получение финансовой помощи и предоставленных Вами подтверждающих документах.

Информация о пациенте

- Фамилия _____
- Имя _____
- Дата рождения _____
- Номер медицинской карты (если известен) _____

Информация о семье

Перечислите всех членов семьи, которые также подали заявку на получение финансовой помощи.

Фамилия	Имя	Дата рождения	Кем Вам приходится
---------	-----	---------------	--------------------

Информация по апелляции

По Вашему мнению, какую часть Вашей заявки мы оценили неверно исходя из нашей политики финансовой помощи? С положениями политики финансовой помощи от Salem Health можно ознакомиться на сайте www.salemhealth.org/financialassistance. Пожалуйста, укажите ниже, почему Вы думаете, что решение относительно финансовой помощи было неверным.

Отправьте эту форму и подтверждающие документы, аргументирующие Вашу точку зрения, одним из приведенных ниже способов:

- **Электронная почта:** financialcounselors@salemhealth.org
- **Факс:** 503-814-1998
- **Почта:** Attn: Financial Counselor Team, PO Box 14001, Salem, OR 97309-50141
- **Лично:** У информационной стойки в здании А основного комплекса зданий Salem Health или на стойке регистрации в вестибюле больницы West Valley Hospital

Как только мы получим Вашу апелляцию, мы ответим на неё в течение 21 дня. Возможно, нам потребуется обратиться к Вам за дополнительной информацией, прежде чем мы сможем принять решение.

Если у Вас возникнут какие-либо **вопросы**, пожалуйста, позвоните нам по телефону 503-562-4357 с понедельника по пятницу с 8:30 до 16:00.