

ПРОГРАММЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПЛАТЕЖНЫХ СКИДОК

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗАЯВИТЕЛИ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ УКАЗАННЫМ ДАЛЕЕ КРИТЕРИЯМ, ЧТОБЫ ПОДЛЕЖАТЬ РАССМОТРЕНИЮ ДЛЯ

УЧАСТИЯ В ПРОГРАММАХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ПЛАТЕЖНЫХ СКИДОК

- Должно действовать в течение одного года с даты оказания услуг.
- Не должны иметь права на государственные/негосударственные выплаты или уже получать такие выплаты.
- Не должны нести ответственность перед третьими лицами.
- Должны подать заявление на получение услуг, предоставляемых Больницей общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско, общественными пунктами первичной медицинской помощи, больницей Laguna Honda, отделением общественного здравоохранения или услуги в области психического здоровья.
- Должны подать заявку на услуги, на которые еще не была предоставлена скидка.
- Должны предоставить справки о начислении заработной платы за последний квартал или выписку из налоговой декларации за последний год.
- Для участия в программе благотворительной помощи общий семейный доход должен составлять 500 % или ниже от прожиточного минимума согласно федеральным директивам.
- Для участия в программе благотворительной помощи должны предоставить подтверждение наличия соответствующих ликвидных активов.
- Пациенты или подписчики, получающие страховые выплаты за полученные услуги, должны передать платежи в сеть учреждений здравоохранения Сан-Франциско, чтобы иметь право на финансовую помощь.

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

- Заполнить и подписать заявление.
- Подать заявление и подтверждающие документы.

Для получения услуг в больнице и клинике отправьте заявление и подтверждающие документы по адресу:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave.
Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

Для получения помощи позвоните в отдел финансовой помощи пациентам по телефону (628) 206-3275.

Для получения услуг в сфере психического здоровья отправьте заявление и подтверждающие документы по адресу:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

Для получения помощи позвоните в отдел обслуживания участников программы предоставления услуг в области психического здоровья по телефону (888) 246-3333.



ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Номер медицинской карты:

**ПОСТОЯННЫЙ АДРЕС
ПРОЖИВАНИЯ**

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (если применимо)

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ И ОТБОР

Каково Ваше семейное положение?

 Женат/замужем Одинокий/одинокая Вдовец/вдова
 Разведен/а В гражданском браке отделены

У Вас есть медицинская страховка?

 Да Нет
Если «да», укажите:**Предоставьте карту страхования.**

Признаны ли Вы нетрудоспособным на период, который предположительно продлится 12 месяцев?

 Да Нет

Есть ли у Вас ожидающее рассмотрения заявление на участие в программе Medi-Cal?

 Да Нет

Были ли Вы беременны в день оказания услуги?

 Да Нет Не применимо

Размер семьи (я, муж/жена и дети младше 21 года)

Количество _____

Общая сумма ежемесячного совокупного семейного дохода на момент подачи заявления:

\$ _____

Предоставьте справки о начислении заработной платы за последний квартал (3 месяца) или налоговую декларацию за последний год.Общая сумма активов на момент подачи заявления (**исключая** пенсионный план и план с отсрочкой выплат компенсации):

\$ _____

Предоставьте финансовую отчетность за последний квартал (3 месяца) на момент подачи заявления.

Укажите все типы имеющихся счетов активов:

- Чеки Сбережения Денежный рынок
 Депозитный сертификат Брокерские услуги
 Взаимный фонд

Предоставьте выписки по всем имеющимся счетам активов.

Информация о
заявлении

Я заявляю, что, насколько мне известно, данные мной ответы являются достоверными и правильными. Я не застрахован (-а) или застрахован (-а) недостаточно и не несу ответственности перед третьими лицами. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет проверяться. Я понимаю, что информация будет использоваться для отбора на соответствие критериям для участия в различных федеральных, государственных и окружных программах. Я понимаю, что, если предоставленная мной информация окажется ложной, я буду нести ответственность за оплату полной суммы за медицинские услуги, полученные в Больнице общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско и специализированных амбулаторных клиниках, общественных пунктах первичной медицинской помощи, больнице Laguna Honda, отделении общественного здравоохранения, или услуги в области психического здоровья.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ДАТА:

ДОКУМЕНТЫ НА РАССМОТРЕНИИ — 30-ДНЕВНЫЙ СРОК ДЛЯ ПОДАЧИ

- Справки о начислении заработной платы за 3 месяца или недавние налоговые декларации Выписки из банковских счетов за 3 месяца

Комментарии:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОГО, В КАКОЙ ОТДЕЛ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА

Программа благотворительности Соответствует Не соответствует

Программа скидок Соответствует Не соответствует

Причины отказа:

- Несоответствие требованиям Доход больше 500 % от прожиточного минимума согласно федеральным директивам (Federal poverty level, FPL)
- Застрахованы и получают государственные или негосударственные платежи
- Услуги предоставлялись не в Больнице общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital, ZSFGH) По полученным услугам уже предоставлена скидка
- Больше 30 дней — не предоставлено запрошенное подтверждение
- Другое (уточните) _____

Определение соответствия проводил (-а):

Ф. И. О. печатными буквами:

Подпись:

Дата:

Дата отправки пациенту для окончательного определения:

Инициалы финансового советника:

копия: копия, отправленная пациенту



Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Номер медицинской карты:

**ПРОЦЕСС АПЕЛЛЯЦИИ ДЛЯ ОТКЛОНЕННЫХ
ЗАЯВЛЕНИЙ**

Определение • Апелляции

Если Вы были признаны кандидатом, не соответствующим критериям участия в программах благотворительной помощи и платежных скидок, и желаете подать апелляцию на право на участие, у Вас есть **15 рабочих дней** от даты определения Вашего соответствия, чтобы подать апелляцию. Просим предоставить копию этого заполненного заявления вместе с приведенным ниже письменным заявлением о причине Вашей апелляции по одному из указанных далее адресов.

Для отклоненных заявлений на получение услуг больницы и клиники: менеджер финансовой помощи пациентам (Patient Financial Assistance Manager), Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110

Для отклоненных заявлений на получение услуг в области психического здоровья: BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

Дата:

Причина апелляции • Решение по апелляции

Причина подачи апелляции

**РЕШЕНИЕ ПО
АПЕЛЛЯЦИИ**

Программа
благотворительности

Соответствует Не соответствует

Программа скидок

Соответствует Не соответствует

Ф. И. О. печатными
буквами:

Подпись

Дата:



