



## ПРОГРАММА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ ЗАЯВЛЕНИЕ

### **ЗАЯВИТЕЛИ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ УКАЗАННЫМ ДАЛЕЕ КРИТЕРИЯМ, ЧТОБЫ ПОДЛЕЖАТЬ РАССМОТРЕНИЮ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ПРОГРАММЕ СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ**

---

- Пациенты, имеющие право только на участие в программе снижения размеров платежей, могут получить меньшую финансовую помощь, чем в рамках программы благотворительной помощи.
- Пациенты могут подать заявление на получение услуг, предоставляемых только Больницей общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско, общественными пунктами первичной медицинской помощи, больницей Laguna Honda, отделением общественного здравоохранения или услуг в области психического здоровья.
- Пациенты должны раскрывать информацию и сотрудничать в отношении выставления счетов по всем активным коммерческим или государственным страховым полисам.
- Пациенты должны пройти скрининг для определения права на участие в программе Medi-Cal.
- Пациенты не должны нести или ожидать ответственности перед третьими лицами.
- Пациенты могут подать заявку только на услуги, на которые еще не была предоставлена скидка в рамках больничного пакета услуг.
- Пациенты должны предоставить справки о начислении заработной платы за последние три месяца или выписку из налоговой декларации за последний год.
- Для участия в программе благотворительной помощи валовой доход семьи должен быть не выше 138% от прожиточного минимума согласно федеральным директивам (Federal poverty level, FPL), а для участия в программе платежных скидок валовой доход семьи должен быть не выше 139% FPL.
- Чтобы иметь право на финансовую помощь, пациенты или подписчики, получающие страховые выплаты за полученные услуги, должны передать платежи в сеть учреждений здравоохранения Сан-Франциско.

### **ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ**

---

Отправьте по почте заполненное заявление и подтверждение дохода. Заявления принимаются в течение одного года с даты оказания услуги. Заявления, остающиеся незаполненными в течение более 30 календарных дней, будут закрыты как неактивные.

**Чтобы подать заявку на получение 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 по заявлению позвоните в отдел финансовой помощи пациентам по телефону (628) 206-3275.

Места предоставления услуг включают больницу общего профиля и центр травматологии имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), специализированные амбулаторные клиники, общественные пункты основной медицинской помощи, больницу и реабилитационный центр Laguna Honda (Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center) и отдел охраны здоровья населения (Population Health Division).

**Чтобы подать заявку на получение услуг в сфере психического здоровья, отправьте заявление и подтверждающие документы по адресу:**

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

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

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Медицинская карта №: \_\_\_\_\_ Счет(-а) №: \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ПОРУЧИТЕЛЕ (в случае, если сам пациент не является поручителем)**

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

**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  Раздельное проживание  
 Разведен/разведена  Вдовец/вдова  В гражданском браке

У Вас есть медицинская страховка?  Да  Нет  
**В случае положительного ответа уточните нижеследующее:  
Предоставьте карту(-ы) страхования.**

Имеете ли вы или предполагаете возникновение каких-либо претензий к третьим лицам? Третья сторона несет ответственность за травмы, медицинские расходы, убытки, которые могут быть урегулированы.  Да  Нет  
**В случае положительного ответа уточните нижеследующее:**

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 последние 3 месяца или налоговую декларацию за последний год.**

**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.**

ПОЛНОЕ ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ДАТА:

Родственная связь с пациентом: