

Заявка на получение финансовой помощи

Приложите к этому заявлению соответствующие копии вашей последней налоговой декларации, расчетные листы за последние 60 дней, последние финансовые отчеты, подтверждающие владение ликвидными активами, письмо о выплатах по системе социального обеспечения и (или) письмо о льготах по безработице.
Не отправляйте оригиналы.

Выберите организацию:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amery Hospital & Clinic | <input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Services |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Clinic Stillwater | Methodist Hospital |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Hospice | Methodist Hospital Homecare & Hospice |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Medical Group | Park Nicollet Clinic |
| <input type="checkbox"/> Hudson Hospital & Clinic | Park Nicollet Health Care Products |
| <input type="checkbox"/> Hutchinson Health | TRIA Orthopedics |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice | Regions Hospital & Clinic |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Hospital | <input type="checkbox"/> Westfields Hospital & Clinic |
| <input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic | |

Имя и фамилия		Дата рождения	Домашний телефон
Адрес		Город	Штат
Почтовый индекс		Почтовый индекс	
Семейное положение (отметьте один вариант)	<input type="checkbox"/> Не женат/не замужем <input type="checkbox"/> Разведен(-а) <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова	Фамилия и имя супруга(-и)/партнера(-ши)	
	<input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Официально оформленная сепарация	Дата рождения	

Иждивенцы, указанные в вашей налоговой декларации

Если Вы являетесь иждивенцем, см. часто задаваемые вопросы для получения дополнительной информации.

Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится
Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится
Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится

Информация о страховании

Есть ли у вас действующая страховка для покрытия медицинских расходов? Нет Да (уведомьте наш офис о любых изменениях в страховании)

Название ОСНОВНОЙ СТРАХОВОЙ компании		Название ВТОРИЧНОЙ СТРАХОВОЙ компании	
Дата вступления в силу	Номер группы	Дата вступления в силу	Номер группы
Номер полиса		Номер полиса	

Трудовой статус
Заявитель (отметьте все подходящие варианты)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Работаю | <input type="checkbox"/> Безработный(-ая) |
| <input type="checkbox"/> Вышел(-а) на пенсию / получаю государственную пенсию | <input type="checkbox"/> Вышел(-а) на пенсию/ пенсионер(-ка) |
| <input type="checkbox"/> Пособие для малообеспеченных граждан | <input type="checkbox"/> Нет дохода |

Супруг(-а) (отметьте все подходящие варианты)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Работаю | <input type="checkbox"/> Безработный(-ая) |
| <input type="checkbox"/> Вышел(-а) на пенсию / получаю государственную пенсию | <input type="checkbox"/> Вышел(-а) на пенсию/ пенсионер(-ка) |
| <input type="checkbox"/> Пособие для малообеспеченных граждан | <input type="checkbox"/> Нет дохода |

Банковская информация / ликвидные активы

К ликвидным активам относятся наличное имущество, которое можно легко конвертировать в денежные средства, например, средства на сберегательных и чековых счетах, акции, облигации, свидетельство о депонировании денежных средств, пожизненная пенсия / немедленный аннуитет и счета на денежном рынке.

Есть ли у вас какие-либо ликвидные активы? Нет Да, укажите в полях ниже:

Тип актива	Название финансового учреждения	Облагаемая налогом сумма

Информация о доходах для всех работающих членов семьи (заявитель, супруг(-а), значимое другое лицо и т. д.)

ЗАЯВИТЕЛЬ		СУПРУГ(-А)		ЗНАЧИМОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО	
Тип	Раз в год, заработная плата и почасовая оплата/ еженедельная оплата	Тип	Раз в год, заработная плата и почасовая оплата/ еженедельная оплата	Тип	Раз в год, заработная плата и почасовая оплата/ еженедельная оплата
Заработная плата		Заработная плата		Заработная плата	
Безработный(-ая)		Безработный(-ая)		Безработный(-ая)	
Социальное обеспечение		Социальное обеспечение		Социальное обеспечение	
Пенсия		Пенсия		Пенсия	
Пособие для малообеспеченных граждан		Пособие для малообеспеченных граждан		Пособие для малообеспеченных граждан	
Алименты		Алименты		Алименты	
Пособие на ребенка		Пособие на ребенка		Пособие на ребенка	

Другой доход (объясните):

Прочитайте и подпишите — для обработки вашей заявки требуется подпись и дата — У Вас есть 30 дней для оформления этого заявления. Если Вы не можете оформить это заявление в течение 30 дней, Вы можете подать заявление в любое время.

Для целей настоящей заявки на получение финансовой помощи, под «HealthPartners» подразумевается любая больница, клиника или иной центр оказания медицинской помощи, связанный с компанией HealthPartners, включая, помимо прочего:

Медицинские группы: HealthPartners Medical Group, Park Nicollet Clinic, HealthPartners Clinic Stillwater

Больницы: Amery Hospital & Clinic (WI), Hudson Hospital & Clinic (WI), Hutchinson Health, Lakeview Hospital, Olivia Hospital & Clinic, Park Nicollet Methodist Hospital, Regions Hospital & Clinic, Westfields Hospital & Clinic (WI)

Другое: TRIA Orthopedics

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является правдивой и достоверной. Я понимаю, что предоставленная мною информация подлежит проверке со стороны компании HealthPartners, проверке со стороны федеральных органов и органов штата, а также со стороны других программ или проверке на предмет связанных целей. Я также понимаю, что мое заявление и право на получение финансовой помощи могут подпадать под действие конкретных руководств, действующих в месте, в котором мне были оказана медицинская помощь.

Подпись	Дата
---------	------

Как подать заявку на участие в нашей программе финансовой помощи

При заполнении данной заявки важно, чтобы вы предоставили нам актуальную информацию о страховании, доходах и активах, даже если ваша ситуация изменилась с момента, когда вам были выписаны счета. Право на получение помощи зависит от текущего дохода вашей семьи и активов. Просьба направить заявление и документы подтверждающие доходы соответствующему юридическому лицу:

Amery Hospital & Clinic

Patient Financial Services

P.O. Box 9192

Minneapolis, MN 55480-9192

Адрес электронной почты:

amcfinancialcounseling@amerymedical.com

Телефон: 715-268-8000 • Факс: 715-268-0261

HealthPartners Clinic Stillwater

P.O. Box 183

Minneapolis, MN 55480-0183

Адрес электронной почты: smgbusinessoffice@lakeview.org

Телефон: 651-439-6528 • Факс: 651-351-0827

HealthPartners Medical Group — клиники

P.O. Box 183

Minneapolis, MN 55480-0183

Адрес электронной почты:

HPMGFinancialCounselor@HealthPartners.com

Телефон: 651-265-1021 • Факс: 952-883-9620

Hudson Hospital & Clinic

P.O. Box 1522

Minneapolis, MN 55480-1522

Адрес электронной почты: pfs@hudsonhospital.org

Телефон: 715-531-6200 • Факс: 715-531-6201

Hutchinson Health

P.O. Box 850

Minneapolis, MN 55480-0850

Адрес электронной почты: HNBillingInquiries@HutchHealth.com

Телефон: 320-484-4493 • Факс: 952-883-3094

Lakeview Homecare & Hospice

P.O. Box 9130

Minneapolis, MN 55480-9130

Адрес электронной почты:

HomecareHospiceBilling@HealthPartners.com

Телефон: 651-430-8709 • Факс: 651-430-8505

Lakeview Hospital

P.O. Box 9130

Minneapolis, MN 55480-9130

Телефон: 651-430-4533 • Факс: 651-430-8591

Olivia Hospital & Clinic

P.O. Box 1391

Minneapolis, MN 55480-1391

Адрес электронной почты: ohcbilling@HealthPartners.com

Телефон 1: 320-523-3452, Телефон 2: 320-523-8308

Факс: 320-523-8349

Park Nicollet Health Services

P.O. Box 9131

Minneapolis, MN 55480-9131

Адрес электронной почты: CustSerFinAsst@ParkNicollet.com

Телефон: 952-993-7672 • Факс: 952-993-2770

Regions Hospital

P.O. Box 9110

Minneapolis, MN 55480-9110

Адрес электронной почты: RegionsBilling@HealthPartners.com

Телефон: 651-254-4791 • Факс: 651-254-1684

Westfields Hospital & Clinic

P.O. Box 9109

Minneapolis, MN 55480-9109

Адрес электронной почты: WFBilling@HealthPartners.com

Телефон: 715-243-2600 • Факс: 715-243-2786

Часто задаваемые вопросы

- **Как я могу претендовать на участие в программе финансовой помощи?**
Мы проводим проверку вашей заявки, необходимой документации о доходах и активах, а также размер семьи, чтобы определить, можете ли вы претендовать на скидку. Свяжитесь с нами, если у вас возникнут вопросы.
- **Какой доход необходимо включить в заявку на получение финансовой помощи?**
Если вы женаты/замужем, то учитываются доходы обоих супругов. Необходимо предоставить подтверждение сепарации. Если кто-то указывает вас в налоговой декларации, то вы должны отправить нам информацию о доходах этого лица.
- **Могу ли я подать заявку на получение финансовой помощи, если у меня есть страховка?**
Да, скидка применяется после того, как мы получим оплату от вашей страховой компании.
- **Распространяется ли финансовая скидка на полученные мною услуги?**
Не все услуги покрываются нашей программой финансовой помощи. К некоторым исключениям относятся косметические услуги, плановые и необязательные с медицинской точки зрения услуги. К исключениям также относятся остаточные суммы, которые будут выплачиваться за счет страхования, например в рамках программ Medicare, Medicaid, автостраховки, компенсации работнику или страхования финансовой ответственности.