

## Заявление на Программу Финансовой Помощи Shirley Ryan AbilityLab

Важно: ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНЫЙ ИЛИ СО СКИДКОЙ УХОД. Заполнение этого заявления поможет Shirley Ryan AbilityLab определить, можете ли вы получить бесплатные или со скидкой услуги, или другие государственные программы, которые могут помочь оплатить вашу медицинскую помощь. Пожалуйста, отправьте это заявление в Shirley Ryan AbilityLab.

ЕСЛИ ВЫ НЕЗАСТРАХОВАНЫ, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ, ЧТОБЫ ПРЕТЕНДОВАТЬ НА БЕСПЛАТНЫЙ УХОД ИЛИ УХОД ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ. Тем не менее, номер социального страхования требуется для некоторых государственных программ, в том числе Medicaid. Предоставление номера социального страхования не требуется, но это поможет больнице определить, есть ли у вас право на любые государственные программы.

Пожалуйста, заполните эту форму и отправьте ее в больницу, лично, по почте или по факсу, чтобы подать заявление на бесплатный уход или по сниженной цене в течение 60 дней после даты выписки или получения амбулаторной помощи.

Пациент признает, что он(а) приложил(а) добросовестные усилия, чтобы предоставить всю запрашиваемую информацию в заявлении на оказание помощи в больнице, для определения права на получение финансовой помощи.

### СЕРТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является достоверной и точной, насколько мне известно. Я подаю заявление на любую государственную, федеральную или местную помощь, на которые я могу иметь право, чтобы помочь оплатить этот больничный счет. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена больницей, и я разрешаю больнице связаться с третьей стороной, чтобы проверить достоверность информации, содержащейся в этом заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставляю ложную информацию в этом заявлении, я не буду иметь право на получение финансовой помощи, и любая финансовая помощь, предоставляемая мне может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

Подпись Пациента (или Заявителя): \_\_\_\_\_

Имя Пациента (или Заявителя): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, позвоните по телефону **(312) 238-6039**, если у вас есть какие-либо вопросы по поводу этого заявления. Верните заполненное заявление:

По почте или лично:  
Shirley Ryan AbilityLab  
Patient Financial Services Department  
Financial Assistance Program  
355 E. Erie St.  
Chicago, IL 60611  
Факс: (312) 238-7569

**Информация пациента**

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_ SSN пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_ Имя поручателя: \_\_\_\_\_

Адрес пациента: \_\_\_\_\_ Адрес поручателя: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон пациента: \_\_\_\_\_ Телефон поручателя: \_\_\_\_\_

**Информация о семье пациента**

Пожалуйста предоставьте информацию о всех членах вашего домохозяйства (кроме предоставленной выше информации о пациенте и поручателе):

Количество членов в семье или домохозяйстве: \_\_\_\_\_

Количество людей, которые зависят от пациента: \_\_\_\_\_

Возраст каждого, кто зависит от пациента: \_\_\_\_\_

Отметьте трудоустроенного человека или людей: Пациент Супруг(а)/Партнер Пациента

Родитель(и) или опекун(ы) пациента (если пациент несовершеннолетний)

**Информация о страховке**

Отметьте X ниже, если пациент покрывается или является бенефициаром любой из следующих программ медицинского страхования:

\_\_\_ Health insurance    \_\_\_ Medicare    \_\_\_ Medicare Part D    \_\_\_ Medicare Supplement

\_\_\_ Medicaid    \_\_\_ Veterans' benefits    \_\_\_ Другое    \_\_\_ Незастрахован(а)

**Идентификация места жительства пациента:**

Предоставьте копию одного из следующих документов, чтобы показать что пациент проживает в Иллинойсе:

- Действующее удостоверение личности или водительские права, выданные штатом Иллинойс;
- Последние счета про оплату коммунальных услуг;
- Договор про аренду квартиры;
- Карта регистрации автомобиля;
- Карта регистрации о голосовании;
- Письма адресованные пациенту по адресу в Иллинойсе от государственной организации или другой заслуживающей доверия службы;
- Заявление от члена семьи незастрахованного пациента,

- который проживает по тому же самому адресу, и может предоставить доказательство адреса;
- Письмо от жилья для бездомных, временного жилья, или подобного места, подтверждающее место проживания пациента;
- Последняя налоговая декларация пациента;
- Последняя W-2 форма пациента и соответствующие 1099 формы; или
- Или два последних чека на получение зарплаты, если на них указан домашний адрес пациента.

**Критерии предположительного права.** Предоставленная вами информация на этой странице поможет Shirley Ryan AbilityLab определить, если ли у вас предполагаемое право на получение финансовой помощи. Если вы соответствуете более чем одному критерию, вам нужно только обеспечить вспомогательную документацию по одному из критериев, которому вы соответствуете.

| Критерии   | Отметьте<br>Да / Нет | Включить эту вспомогательную информацию с<br>вашим заявлением                             |
|--|----------------------|---|
| Зачисление в Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)   | Да / Нет             |   |
| Зачисление в Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)      | Да / Нет             | Копия любого документа, например письма, который показывает, что пациент получает помощь. |
| Зачисление в Illinois Free Lunch and Breakfast Program             | Да / Нет             |   |
| Зачисление в Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)    | Да / Нет             |   |
| Получение безвозмездной помощи для Медицинских услуг               | Да / Нет             |   |
| Подходящий для Medicaid, но не во время даты обслуживания          | Да / Нет             | Не требуется. Мы проверим государственные базы для подтверждения.                         |
| Умерший без имущества  | Да / Нет             | Копия свидетельства о смерти пациента.  |
| Психическая недееспособность, никто не действует от имени пациента | Да / Нет             | Письменное заявление от врача или семьи пациента.   |
| Зачисление в программу на базе общин                               | Да / Нет             | Письмо от программы, которая удостоверяет членство пациента.                              |
| Личное банкротство   | Да / Нет             | Юридическая документация с указанием о банкротстве  |
| Бездомный  | Да / Нет             | Адрес приюта: _____<br>_____<br>_____<br>Телефон приюта (_____) _____                     |
| Тюремное заключение  | Да / Нет             | Не требуется. Мы проверим государственные базы  |

Если пациент соответствует одному из критериев приемлемости выше, 4-ую страницу этого заявления заполнять не нужно.

Заполните эту страницу, только если пациент не соответствует одному из критериев приемлемости на странице 3 этого заявления..

**Информация о семейном доходе и занятости пациента**

Просьба перечислить все источники дохода, в том числе, но не ограничиваясь, занятости, социального обеспечения, пенсии, процентов, дохода от аренды, алиментов, и государственной помощи. Источники дохода должны быть пациента, супруга(и) пациента или партнера (если поручитель) или одного из родителей пациента или опекуна (если поручитель и пациент является несовершеннолетним). Приложить дополнительные страницы, если необходимо:

| <i>Имя члена семьи</i> | <i>Источник дохода/бенефитов</i> | <i>Валовая ежемесячная сумма</i> |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| _____                  | _____                            | _____                            |
| _____                  | _____                            | _____                            |
| _____                  | _____                            | _____                            |

Пожалуйста, приложите копию федеральной налоговой декларации за предыдущий год и все вспомогательные W2 формы для пациента, супруга(и) пациента или родителей пациента (если пациент зависим). Пожалуйста, также приложите документы о доходах семьи, которые вы перечислили, которые могут включать в себя зарплату, заявления на пособие, премии, судебные приказы, федеральные налоговые декларации или другую соответствующую документацию.