



SCL Health
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300
Broomfield, CO 80021-3408

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали SCL Health в качестве поставщика медицинских услуг. Организация Sisters of Charity of Leavenworth Health System гордится возможностью предоставлять населению качественные и доступные медицинские услуги. Мы здесь для того, чтобы помочь нуждающимся в финансовой помощи и тем, у кого возникает много вопросов, или кто нуждается в рекомендациях касательно принятия решений о своем медицинском обслуживании и медицинском обслуживании своих близких.

Организация SCL Health предлагает программу, призванную помочь пациентам, нуждающимся в финансовом содействии в оплате всех или части своих счетов. Для того чтобы подать заявку на участие в нашей программе, заполните прилагаемую форму заявки на получение финансовой помощи.

Для рассмотрения Вашей заявки нам также потребуются подтверждающие документы. Список требуемых документов приведен на стр. 4 (четыре). Эта информация должна быть получена нами в течение 15 дней с даты настоящего письма (при вручении лично в руки). Если Вы считаете, что для получения финансовой помощи Вам необходимо более подробно объяснить Вашу ситуацию, в конце формы заявки предусмотрено дополнительное место для этого.

Важно полностью заполнить форму заявки и вернуть ее вместе с требуемыми документами. Невыполнение этого требования замедлит процесс рассмотрения заявки и может стать основанием для отказа. Неподписанные заявки будут отклонены.

Если по какой-либо причине получить вышеупомянутую информацию не представляется возможным, позвоните в Центр налоговых услуг (Revenue Service Center) по телефону 303-813-5400 или 1-866-665-2636 с 8:00 до 16:30. Мы будем рады Вам помочь.

После принятия решения по Вашему делу Вас уведомят о нашем решении по почте.

С уважением,

Координатор по финансовым вопросам
SCL Health

Заявка на получение финансовой помощи на оплату медицинских услуг

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ФИО пациента _____ Номер счета: _____

Номер социального страхования _____ Дата рождения _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____ Страна _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____ Рабочий телефон: _____

Электронная почта _____

Не женат/Не замужем Женат/Замужем/Близкий человек Разведен(а)/Раздельное проживание

Вдовец/Вдова

Ф.И.О. ответственного лица _____ Кем приходится _____

Номер социального страхования _____ Дата рождения _____

Адрес _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____ Рабочий телефон _____

Ф.И.О. супруга/супруги _____

Номер социального страхования _____ Дата рождения _____

Адрес _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____ Рабочий телефон _____

Имена и возраст иждивенцев, проживающих с Вами, за которых Вы несете ответственность. Пожалуйста, укажите дату рождения:

Имя	Возраст	Дата рождения
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Заявка на получение финансовой помощи

ДОХОД

Скорректированный валовой доход за прошлый год, задекларированный в IRS (см. Форму 1040) _____

Если Вы не подавали налоговую декларацию, пожалуйста, объясните _____

Текущий работодатель _____

Адрес _____

Телефон _____ Род занятий _____

Продолжительность трудоустройства _____ лет _____ месяцев На полную ставку / На полставки _____

Количество часов работы по плану в неделю _____

Если безработный, дата потеря работы: _____ Вы получаете пособие по безработице? Да / Нет _____

Если ДА, укажите, с какой даты _____ Получаемая еженедельно сумма _____

Текущий работодатель супруга/супруги/близкого человека _____

Адрес _____

Телефон _____ Род занятий _____

Продолжительность трудоустройства _____ лет _____ месяцев На полную ставку / На полставки _____

Количество часов работы по плану в неделю _____

Если безработный, дата потеря работы: _____ Вы получаете пособие по безработице? Да / Нет _____

Если ДА, укажите, с какой даты _____ Получаемая еженедельно сумма _____

Ежемесячный доход	Ваш	Супруга / Супруги
Заработная плата до вычетов		
Алименты / Выплаты на содержание детей		
Социальное пособие		
Пособие по безработице / Компенсация работающим по найму		
Пенсия / Пенсионное обеспечение		
Процентный доход / Доход от сдачи в аренду		
Государственное пособие		
Другое		
Итого в месяц		

(Office use only) Annual Total _____

(Только для служебного использования) Итого за год _____

Активы	Стоимость / Баланс
Текущее жилье	
Другая недвижимость (инвестиции в земельный участок, сдаваемая в аренду недвижимость и т.п.)	
Транспортные средства	
Инвестиции: акции, облигации, паевые инвестиционные фонды, 401K, IRA, рента	
Сберегательный счет 1	
Сберегательный счет 2	
Сберегательный счет 3	
Другое	
Другое	

Заявка на получение финансовой помощи

РАСХОДЫ

Имя (название) ипотекодержателя или домовладельца _____

Адрес _____

	Ежемесячный платеж	Остаток задолженности	Оплачивается в срок? Да Нет
Ипотека / Арендная плата			
Общество домовладельцев (НОА)			
Страхование арендаторов			
Домашний телефон			
Мобильный телефон			
Рабочий телефон			
Оплата электроэнергии / газа			
Оплата воды			
Интернет			
Кабельное / Спутниковое телевидение			
Питание			
Автокредит			
Автокредит			
Транспортные расходы – бензин			
Страхование жизни			
Медицинская страховка			
Автомобильная страховка			
Медицинские расходы			
Рецептурные лекарства			
Уход за ребенком			
Школьные расходы / ссуды на оплату обучения			
Алименты / Выплаты на содержание детей			
Кредитные карты			
Другое			
Другое			
Итого в месяц			

(Office use only) Annual Total _____

(Только для служебного использования) Итого за год

Заявка на получение финансовой помощи

ПРОЧЕЕ

Вы получаете продуктовые талоны? Да Нет

Вы имеете медицинские льготы? Да Нет

Если нет, Вы подавали заявку на участие в программе Medicaid? _____ Дата подачи заявки _____

Если Вам было отказано в предоставлении льгот, какая причина отказа была названа? _____

Дата отказа в участии в программе Medicaid _____

Является ли этот счет результатом компенсации работающим по найму и/или требования по автострахованию? Да Нет

Если ДА — Вы наняли юриста-консультанта? Да Нет

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

- Заполненная, подписанная и датированная заявка
- Копия квитанций о получении заработной платы за последние 3 месяца (Ваших, Вашего супруга / супруги и/или близкого человека)
- Банковские выписки за 3 месяца (включая выписки по личным / сберегательным / деловым счетам с указанием имени владельца счета и номера счета)
- Копия письма (писем) о назначении пособия (пособия по безработице, социального пособия и т.п. с указанием ежемесячной суммы)
- Пособие на ребенка / Выплаты на содержание ребенка по решению суда
- Вместе с этой заявкой должна предоставляться копия налоговой декларации за предыдущий год (все страницы). Формы W2 не принимаются.
- Если Вы – безработный и/или живете у друзей или родственников, необходимо заполнить стр. 3 (три) «Расходы»

Если Вы – безработный и живете с родственниками или друзьями

Необходимо заполнить стр. 3 (три) финансовой заявки с указанием ежемесячных расходов на ипотеку/арендную плату и оплату счетов за электроэнергию/газ и кабельное телевидение. (Квитанции просим не предоставлять).

Если заявитель или супруг(а) является самозанятым лицом:

Необходимо предоставить копию главной бухгалтерской книги, в которой ведется учет его коммерческой деятельности, за последние 3 (три) месяца.

Если Вы не являетесь резидентом США

Необходимо предоставить копию Вашего удостоверения личности с фотографией (паспорт, визу и т.д.).

Не до конца заполненные заявки будут отклонены.

Для завершения заполнения данной заявки ее необходимо подписать.

Моей подписью я подтверждаю, что информация, предоставленная мною в данной форме, насколько мне известно, является точной и правдивой. Я понимаю, что организация SCL Health System требует подтверждения дохода до принятия какого-либо решения. Я также понимаю, что для подтверждения указанной выше информации может быть проведена оценка моей кредитоспособности (но не за мой счет).

Подпись _____ Дата _____

При необходимости используйте место, оставленное ниже:

OFFICE USE ONLY:

Family Size_____ Income_____ Yearly Expenses_____ Poverty Level_____

Out Pt. Responsibility_____ In Pt. Responsibility _____ Clinic Responsibility_____ Level:_____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name: _____ Approved Denied

Decision Date _____

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ:

Размер семьи_____ Доход_____ Ежегодные расходы _____ Уровень бедности _____

Ответственность амбулаторного пациента _____ Ответственность пациента стационара _____

Ответственность клиники_____ Уровень _____

Особые примечания: _____

Ф.И.О. координатора по финансовым вопросам _____ Одобрено Отказано

Дата принятия решения _____