

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

### Благотворительная помощь и помощь по оплате со скидкой

#### Уведомление и помощь

Используйте это заявление, чтобы запросить благотворительную помощь или помощь по оплате со скидкой. Если вы не уверены, какую программу выбрать, обратитесь в бизнес-офис за бесплатной помощью. Вы можете подать заявление в любое время до, во время или после получения больничных услуг.

Право на помощь определяется на основании дохода семьи и размера семьи. Денежные активы не учитываются. Не предоставляйте номера банковских счетов, остатки, инвестиции, пенсионные счета, стоимость жилья, стоимость транспортных средств или другую информацию об активах. Бесплатная языковая помощь и доступные форматы, включая шрифт Брайля, крупный шрифт, аудио и доступные электронные форматы, доступны по телефону (213) 314-1492 или в бизнес-офисе.

#### Запрашиваемая программа

Выберите одно:  Благотворительная помощь  Помощь по оплате со скидкой  Обе / не уверен(а)

Важно: если вы подаете заявление только на помощь по оплате со скидкой, вы можете получить меньше финансовой помощи, чем может быть доступно по программе благотворительной помощи. Если вы не уверены, выберите "Обе / не уверен(а)" или обратитесь в бизнес-офис за бесплатной помощью.

#### Местонахождение больницы

Выберите одно:  L.A. Downtown Medical Center  West Covina Medical Center

#### Информация о пациенте

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Дата оказания услуги: |  |
| Имя пациента:         |  |
| Дата рождения:        |  |
| Почтовый адрес:       |  |
| Город / штат / ZIP:   |  |
| Номер телефона:       |  |

Пол:  Мужской  Женский  Другое / предпочитаю не отвечать

Этническая принадлежность - необязательно и не используется для определения права на помощь:

Этническая принадлежность:  Белый  Черный  Испаноязычный/латиноамериканец

Коренной американец/коренной житель Аляски

Этническая принадлежность, продолжение:  Азиат/житель тихоокеанских островов  Другое

Предпочитаю не отвечать

#### Программа, страхование и размер семьи

Возможный источник оплаты третьей стороной:  Частное страхование  Medi-Cal  Medicare

Самооплата  Другое  Нет

Основной источник дохода:  Работа по найму  Самозанятость  Социальное обеспечение

Пособие по инвалидности  Безработица

Основной источник дохода, продолжение:  Пенсия/пенсионные выплаты  Государственная

помощь  Поддержка  Другое  Нет

Вы не обязаны подавать заявление на другое медицинское покрытие до того, как больница

рассмотрит это заявление на помощь по оплате со скидкой.

Укажите пациента и членов семьи, включаемых в размер семьи.

| Имя | Отношение к пациенту | Возраст | Пол |
|-----|----------------------|---------|-----|
|     |                      |         |     |
|     |                      |         |     |
|     |                      |         |     |
|     |                      |         |     |

#### Доход семьи

Укажите доход семьи как ежемесячный или годовой доход. Если возможно, приложите документы о доходе.

| Источник дохода  | Ежемесячная сумма | Годовая сумма |
|--|-------------------|---------------|
| Заработная плата - пациент                                     | \$                | \$            |
| Заработная плата - супруг(а) / домашний партнер                | \$                | \$            |
| Заработная плата - другие члены семьи                          | \$                | \$            |
| Самозанятость / доход от фермерства                            | \$                | \$            |
| Государственная помощь / Социальное обеспечение / инвалидность | \$                | \$            |
| Безработица / компенсация работникам / пособия при             | \$                | \$            |

| Источник дохода                                    | Ежемесячная сумма | Годовая сумма |
|--|-------------------|---------------|
| забастовке   |                   |               |
| Содержание супруга(и) / алименты / военные выплаты | \$                | \$            |
| Пенсия / пенсионные выплаты                        | \$                | \$            |
| Дивиденды, проценты, доход от аренды или другое    | \$                | \$            |

#### Документы о доходе

Вы можете приложить недавние расчетные листки или недавние налоговые декларации. Если они недоступны, вы можете предоставить другие документы, подтверждающие доход семьи. Больница может принять другие формы подтверждения дохода, но не требует какой-либо конкретный альтернативный документ. Недавние расчетные листки обычно означают расчетные листки за период в пределах 6 месяцев до или после первого больничного счета или в пределах 6 месяцев с даты заявления до оказания услуги. Недавние налоговые декларации обычно означают декларации за год первого больничного счета или за 12 месяцев до первого больничного счета. Информация об активах не требуется и не будет использоваться.

#### Информация об услуге и счете

| Тип услуги                   | Единица услуги                         | Сумма / описание                  | Дата |
|------------------------------|--|-----------------------------------|------|
| Стационар больницы           | Дни стационара                         | Сумма счета:<br>\$                |      |
| Амбулаторные услуги больницы | Амбулаторные дни                       | Полученный платеж:<br>\$          |      |
| Другое                       | Другие корректировки / списания:<br>\$ | Ответственность пациента \$ _____ |      |

#### Расходы - необязательно

Информация о расходах не требуется для базового определения права на помощь. Она может использоваться для оценки права на помощь при высоких медицинских расходах, вариантов плана платежей или другой помощи.

| Расход                        | Ежемесячная сумма | Расход                               | Ежемесячная сумма |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Ипотека / аренда              | \$                | Медицинское страхование              | \$                |
| Коммунальные услуги / телефон | \$                | Медицинские счета / больница / врачи | \$                |
| Продукты питания              | \$                | Лекарства / автокредиты / другое     | \$                |

#### Информация об активах не требуется

Денежные активы, банковские справки, номера счетов, остатки на счетах, инвестиционные балансы, пенсионные балансы, стоимость недвижимости, стоимость транспортных средств и другая информация об активах не требуются и не будут учитываться при определении права на финансовую помощь.

#### Расчет дохода - для больницы или помощи заявителю

| Позиция расчета                            | Сумма или значение |
|--|--------------------|
| Общий ежемесячный валовой доход            | \$                 |
| Минус ежемесячные вычеты, если применимо   | \$                 |
| Скорректированный ежемесячный чистый доход | \$                 |
| Размер семьи                               |                    |
| Процент FPL, если рассчитан                |                    |

### Заявление заявителя

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что данные мной ответы являются правдивыми и точными, насколько мне известно.

Я согласен(на) сообщить поставщику в течение десяти (10) дней, если изменятся мой доход, расходы, размер домохозяйства, члены домохозяйства или адрес.

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет храниться конфиденциально в соответствии с законом.

Я понимаю, что информация об активах не требуется и не будет использоваться для определения права на финансовую помощь.

Если я получаю медицинские услуги в связи с несчастным случаем или травмой, я согласен(на) возместить поставщику расходы из поступлений по иску или мировому соглашению, связанному с этим несчастным случаем или травмой, в пределах, разрешенных законом.

**Подпись заявителя / уполномоченного представителя**

**Дата**

### Рассмотрение больницей и письменное решение

Больница рассмотрит заполненное заявление и предоставит письменное решение о праве на помощь.

Решение:  Одобрено  Отказано  Требуется дополнительная информация

Комментарии: \_\_\_\_\_

Подпись проверяющего / дата: \_\_\_\_\_

### Только для больницы

Право на помощь должно основываться на доходе семьи и размере семьи. Не используйте денежные активы или другую информацию об активах. Если пациент, по-видимому, имеет право на финансовую помощь или просит о помощи, следуйте политике больницы до направления счета взыскание.

### Информация по вопросам или жалобам

Если у вас есть вопросы или нужна помощь с заявлением, обратитесь в бизнес-офис по телефону (213) 314-1492. Если вы считаете, что вам неправомерно отказали в финансовой помощи, вы можете подать жалобу в California Hospital Bill Complaint Program на сайте [HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov).