

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"/> HealthPartners Clinic Stillwater | <input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Services |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Hospice | Methodist Hospital |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Medical Group | Methodist Hospital Homecare & Hospice |
| <input type="checkbox"/> Hudson Hospital & Clinic | Park Nicollet Clinic |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice | Park Nicollet Health Care Products |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Hospital | TRIA Orthopedics |
| <input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic | <input type="checkbox"/> Regions Hospital & Clinic |
| <input type="checkbox"/> St. Francis Ambulatory Surgery & Endoscopy Center | <input type="checkbox"/> Westfields Hospital & Clinic |

Имя и фамилия		Дата рождения		Домашний телефон	
Адрес		Город		Штат	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)			Дата рождения
	<input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Официально оформленная сепарация				

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"/> Работая | <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"/> Работая | <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):

Прочтите 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: Hudson Hospital & Clinic (WI), 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 мной информация подлежит верификации со стороны HealthPartners и может быть использована для других программ или связанных с ними 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.

Отправьте заполненную заявку и подтверждение дохода по адресу:

HealthPartners Clinic Stillwater

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 651-439-6528 • Факс: 952-993-2770

HealthPartners Medical Group — клиники

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 651-265-1999 • Факс: 952-993-2770

Hudson Hospital & Clinic

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 715-531-6200 • Факс: 952-993-2770

Lakeview Homecare & Hospice

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 952-977-3616 • Факс: 952-993-2770

Lakeview Hospital

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 651-430-4533 • Факс: 952-993-2770

Olivia Hospital & Clinic

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 320-523-8300 • Факс: 952-993-2770

Park Nicollet Health Services

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 952-993-7672 • Факс: 952-993-2770

Regions Hospital

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 651-254-4791 • Факс: 952-993-2770

St. Francis Ambulatory Surgery & Endoscopy Center

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 952-883-7360 • Факс: 952-993-2770

Westfields Hospital & Clinic

P.O. Box 773217
Detroit, MI 48277-3217
Адрес электронной почты:
hpfinancialassistance@healthpartners.com
Телефон: 715-243-2600 • Факс: 952-993-2770

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.