

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.

Выберите организацию:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amery Hospital & Clinic | <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"/> Hutchinson Health | Park Nicollet Health Care Products |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice | TRIA Orthopedics |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Hospital | <input type="checkbox"/> Regions Hospital & Clinic |
| <input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic | <input type="checkbox"/> Stillwater Medical Group |
| | <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 <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Официально оформленная сепарация	Фамилия и имя супруга(-и)/партнера(-ши)	Дата рождения

Иждивенцы, указанные в вашей налоговой декларации

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
Банковская информация / ликвидные активы

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	<p>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.</p> <p>Есть ли у вас какие-либо ликвидные активы? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите в полях ниже:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Тип актива</th> <th>Название финансового учреждения</th> <th>Облагаемая налогом сумма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Тип актива	Название финансового учреждения	Облагаемая налогом сумма						
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

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, Stillwater Medical Group

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
265 Griffin St. E.
Amery, WI 54001
Адрес электронной почты:
amcfinancialcounseling@amerymedical.com
Телефон: 715-268-8000 • Факс: 715-268-0261

HealthPartners Medical Group — клиники

Mailstop: 25508B PO Box 1309
Minneapolis, MN 55440
Адрес электронной почты:
HPMGFinancialCounselor@HealthPartners.com
Телефон: 651-265-1021 • Факс: 952-883-9620

Hudson Hospital & Clinic

405 Stageline Road
Hudson, WI 54016
Адрес электронной почты:
pfs@hudsonhospital.org
Телефон: 715-531-6200 • Факс: 715-531-6201

Hutchinson Health

1095 Hwy 15 S.
Hutchinson, MN 55350
Адрес электронной почты: HNBillingInquiries@HutchHealth.com
Телефон: 320-484-4493 • Факс: 320-484-4694

Lakeview Homecare & Hospice

5803 Neal Avenue N.
Oak Park Heights, MN 55082
Адрес электронной почты:
HomecareHospiceBilling@HealthPartners.com
Телефон: 651-430-8709 • Факс: 651-430-8505

Lakeview Hospital

927 W. Churchill Street
Stillwater, MN 55082
Телефон: 651-430-4533 • Факс: 651-430-8591

Olivia Hospital & Clinic

100 Healthy Way
Olivia, MN 56277
Адрес электронной почты: ohcbilling@HealthPartners.com
Телефон 1: 320-523-3452, Телефон 2: 320-523-8308
Факс: 320-523-8349

Park Nicollet Health Services

3800 Park Nicollet Blvd.
PFS-FA/5050
St. Louis Park, MN 55416
Адрес электронной почты: CustSerFinAsst@ParkNicollet.com
Телефон: 952-993-7672 • Факс: 952-993-2770

Regions Hospital

Mailstop: 11102S
640 Jackson Street
St. Paul, MN 55101
Адрес электронной почты: RegionsBilling@HealthPartners.com
Телефон: 651-254-4791 • Факс: 651-254-1684

Stillwater Medical Group

Business Office
1500 Curve Crest Blvd.
Stillwater, MN 55082
Адрес электронной почты: smgbusinessoffice@lakeview.org
Телефон: 651-439-6528 • Факс: 651-351-0827

Westfields Hospital & Clinic

535 Hospital Road
New Richmond, WI 54017
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 исключения 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.