

## Заявление на получение финансовой помощи

Tufts Medical Center гордится тем, что все наши пациенты без исключения получают наилучшее обслуживание. Политика предоставления финансовой помощи, принятая в Tufts MC, предусматривает возможность покрытия расходов на экстренную помощь и помощь, необходимую по медицинским показаниям. Финансовая помощь Tufts MC не предусматривает оплату обслуживания которое не является необходимым по медицинским показаниям. Кроме того, она не предусматривает скидок на долевые выплаты по программе страхования, сострахования или франшизе.

Мы ожидаем, что пациенты, имеющие такую возможность, будут сами оплачивать услуги в Tufts MC. Однако у вас может быть право на получение финансовой помощи. Мы настоятельно рекомендуем пациентам подавать заявление на все доступные государственные программы помощи, такие как MassHealth, ConnectorCare или Health Safety Net, прежде чем обратиться к программе финансовой помощи Tufts MC. **В случае, если вы не подавали заявление на помощь по государственной программе, на которую вы можете иметь право, мы можем отклонить ваше заявление или продлить срок его рассмотрения.** Если вам требуется содействие в подаче заявления на государственную программу финансовой помощи, обратитесь за ним к одному из финансовых координаторов Tufts MC.

Ваше право на участие в программе финансовой помощи зависит от того, насколько полно и точно вы заполнили данное заявление на получение финансовой помощи.

### ■ ИНСТРУКЦИЯ

Полностью заполните заявление на получение финансовой помощи и приложите к нему копии следующих документов для всех заявителей. Если вы не предоставите все необходимые документы в течение 30 дней, заявление будет отклонено. Прилагайте именно копии всех документов, так как они не будут возвращены.

- Заполните все необходимые разделы заявления и обязательно **подпишите официальное свидетельство на странице 4.**
- Приложите копию **водительского удостоверения, иного удостоверяющего личность документа с фотографией или документов, которые подтверждают ваше текущее место жительства.** На всех прилагаемых документах должно быть указано ваше имя.
- Приложите копию **карт страхования.**
- Приложите документы, **подтверждающие доход:**
  - Приложите копию **последних форм W-2.**
  - Если за последнее время ваш **доход изменился**, включите такие документы, как квитанции о начислении заработной платы (не менее 4-х), подтверждение получения пособия по безработице, выписки с банковских и инвестиционных счетов и/или подтверждение получения социального пособия.
- Если пациент **скончался**, приложите копию свидетельства о смерти и письмо с указанием статуса наследственного имущества.

Если у вас возникли вопросы, обратитесь в отдел финансовой координации Tufts MC по электронной почте или телефону:

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)  
617-636-6013

или лично в следующих отделениях Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor  
755 Washington Street  
Boston, MA 02111

Отправьте заполненное заявление по адресу:

Tufts Medical Center  
Financial Coordination  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

## 1 О ПАЦИЕНТЕ / ЗАЯВИТЕЛЕ

Заполните данный раздел о пациенте и/или заявителе.

**НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:** приложите документацию, удостоверяющую ваше место жительства: водительское удостоверение, другой удостоверяющий личность документ с фотографией, документы, подтверждающие ваше текущее место жительства. На всех прилагаемых документах должно быть указано имя пациента.

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

Имя пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента   /   /

№ соц. обеспечения пациента    /   /

№ мед. инф. пациента \_\_\_\_\_

Имя заявителя \_\_\_\_\_

Номер телефона заявителя \_\_\_\_\_

Адрес заявителя \_\_\_\_\_

**Заявителем является либо сам пациент, либо лицо, несущее финансовую ответственность за пациента.**

**Формат даты рождения: ММ/ДД/ГГГГ**

### СОСТАВ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Укажите имена и даты рождения всех проживающих вместе с заявителем и то, кем они приходятся заявителю.

Член домохозяйства 1 \_\_\_\_\_

Дата рождения   /   /

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Член домохозяйства 2 \_\_\_\_\_

Дата рождения   /   /

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Член домохозяйства 3 \_\_\_\_\_

Дата рождения   /   /

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Член домохозяйства 4 \_\_\_\_\_

Дата рождения   /   /

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Член домохозяйства 5 \_\_\_\_\_

Дата рождения   /   /

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Да  Нет Являетесь ли вы гражданином США?

Да  Нет Если НЕТ, есть ли у вас законное разрешение на постоянное проживание в США\*?

\*Если пациент является постоянным резидентом, предоставьте копию официального документа.

## 2 ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ

Заполните данный раздел о страховании пациента.

**НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:** в случае применимости приложите копию карт(ы) страхования пациента; уведомления от Medicaid; уведомление о непокрываемых услугах; документацию об ограничениях обслуживания в данной сети. На всех прилагаемых документах должно быть указано имя пациента.

- Да  Нет Подавали ли вы заявление в Medicaid за последние 6 месяцев?
- Да  Нет Есть ли у вас утвержденное или ожидающее утверждения заявление в Medicaid?
- Да  Нет Было ли отклонено ваше заявление в Medicaid?
- Да  Нет Есть ли у вас медицинская страховка?
- Да  Нет Предусматривает ли ваша программа страхования покрытие расходов в Tufts Medical Center?
- Да  Нет Есть ли услуги, которые не оплачивает ваша страховая компания?

Если да, укажите эти услуги \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСНОВНОМ СТРАХОВАНИИ

Наименование страховщика \_\_\_\_\_

Адрес страховщика \_\_\_\_\_

№ полиса / идентификатор \_\_\_\_\_

№ группы \_\_\_\_\_

Подписчик \_\_\_\_\_

Дата рождения подписчика   /   /

Кем приходится подписчику \_\_\_\_\_

Место работы подписчика \_\_\_\_\_

Дата вступления в силу   /   /

### ИНФОРМАЦИЯ О ВТОРИЧНОМ СТРАХОВАНИИ

Наименование страховщика \_\_\_\_\_

Адрес страховщика \_\_\_\_\_

№ полиса / идентификатор \_\_\_\_\_

№ группы \_\_\_\_\_

Подписчик \_\_\_\_\_

Дата рождения подписчика   /   /

Кем приходится подписчику \_\_\_\_\_

Место работы подписчика \_\_\_\_\_

Дата вступления в силу   /   /

### 3 ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД И АКТИВЫ

Заполните данный раздел о трудовом доходе и активах пациента и всех работающих членов домохозяйства, перечисленных в Разделе 1. Укажите валовой доход, то есть доход до вычета налогов и отчислений.

НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: приложите документацию, которая подтверждает данный доход: квитанции о начислении заработной платы, документы о подоходном налоге, форму W2, банковские выписки, выписки с брокерских счетов и иные подтверждающие документы.

**Раздел 3 не подлежит заполнению, если пациент и члены его (ее) домохозяйства не имеют трудового дохода или активов.**

#### ДОХОД ДОМОХОЗЯЙСТВА

	ПАЦИЕНТ	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 1	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 2	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 3	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 4	(ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК)
Заработная плата / чаевые						
Пособие по безработице						
Социальное обеспечение						
Детское пособие + алименты						
Доход от индивидуальной трудовой деятельности						
Доход в виде процентов / дивидендов						
Пенсия						
Индивидуальный пенсионный счет / акции / облигации						
Доход от сдачи недвижимости						
Трастовые выплаты						
Компенсация работникам						
Ветеранские пособия						

#### ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДОХОДА

Если у вас **нет дохода** и вы находитесь на иждивении у другого лица, попросите его заполнить и подписать нижеследующее заявление.

Имя пациента \_\_\_\_\_

в настоящее время не имеет дохода. В настоящее время я обеспечиваю его (ее) необходимыми пищей, кровом и одеждой. Также я предоставляю ему (ей) финансовую помощь на сумму

\$ \_\_\_\_\_ в среднем за месяц.

Подпись опекуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА — РАСЧЕТНЫЕ И СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА

ВИД СЧЕТА	БАНК / ОРГАНИЗАЦИЯ	БАЛАНС

Вид счета: расчетный или сберегательный.

## ПРОЧИЕ ИСЧИСЛИМЫЕ АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

ВИД СЧЕТА	БАНК / ОРГАНИЗАЦИЯ	БАЛАНС
Акции / облигации		
Депозитарный сертификат		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет (HSA)		
Сберегательный сертификат		
Рождественские клубы и таймшеры		
Прочее		

## 4 ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Данный раздел необходимо заполнить только некоторым пациентам. Заполните его только в случае наличия счетов за медицинское обслуживание на значительные суммы. Перечислите расходы на лечение в Tufts Medical Center и у других поставщиков. На этом этапе не требуется представлять подтверждающие документы, однако это может потребоваться в будущем.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ	ИТОГО	ПЕРИОДИЧНОСТЬ РАСХОДОВ	(ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК)
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	

## ОФИЦИАЛЬНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО — ПОДПИСЬ ОБЯЗАТЕЛЬНА

Я клянусь (или подтверждаю), что вся информация, представленная в данном документе, достоверна и точна и представлена мною по мере моих сил, возможностей, знаний и убеждений. Я обязуюсь в течение одной недели сообщать Tufts Medical Center о любых изменениях, связанных с моими доходами, финансовыми ресурсами и любой информацией, представленной в данном заявлении, если они могут повлиять на мое право на получение финансовой помощи в Tufts Medical Center. Я осознаю, что моя кредитная и прочая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего права на участие в программе. Я осознаю, что в течение 30 дней я обязуюсь направить точную подтверждающую документацию, необходимую для рассмотрения заявки на получение скидки.

Документы, сфальсифицированные пациентом в целях получения финансовой помощи, будут переданы в прокуратуру штата Массачусетс. Пациенты, уличенные в фальсификации заявления, будут лишены права на участие в программе и должны будут задним числом покрыть все расходы, понесенные в связи с их участием в программе начиная с первого дня.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Официальное свидетельство должно быть подписано всеми заявителями. В противном случае заявление будет отклонено.