



ПРОГРАММА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ ЗАЯВЛЕНИЕ

**ПАЦИЕНТЫ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ УКАЗАННЫМ ДАЛЕЕ КРИТЕРИЯМ, ЧТОБЫ
ПОДЛЕЖАТЬ РАССМОТРЕНИЮ ДЛЯ
УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ (CHARITY CARE PROGRAM) ИЛИ
ПРОГРАММЕ СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ (DISCOUNT PAYMENT PROGRAM).**

- Пациенты могут подать заявление на получение услуг, предоставляемых только Больницей общего профиля имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital), общественными пунктами первичной медицинской помощи, больницей Laguna Honda (Laguna Honda Hospital), отделением общественного здравоохранения или услуг в области психического здоровья.
- Пациенты могут подать заявку только на услуги, на которые еще не была предоставлена скидка по программе акушерского обслуживания или по программе VIP-пакета.
- Пациенты должны приложить все разумные усилия, чтобы предоставить документацию о доходах и покрытии медицинских льгот. Непредоставление разумной и необходимой информации может быть учтено при определении права на получение помощи.
- Чтобы иметь право на финансовую помощь, пациенты, поручители или подписчики, получающие страховые выплаты за предоставленные услуги, должны передать платежи в сеть учреждений здравоохранения Сан-Франциско.

ПРОГРАММА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ — ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАВУ НА УЧАСТИЕ И ПРОВЕРКЕ ДОХОДОВ

- Пациенты также должны сотрудничать при прохождении проверки на право участия и подавать заявление на получение Medicare, Medi-Cal или другого соответствующего страхового покрытия.
- Совокупный доход семьи пациента должен быть на уровне или ниже 138 % федерального прожиточного минимума, а также необходимо предоставить недавние налоговые декларации или квитанции о начислении заработной платы в качестве подтверждения.
 - Недавние налоговые декларации — это декларации за последний год, предшествующий дате подачи заявления. Недавние квитанции о начислении заработной платы — это квитанции о начислении заработной платы за три месяца, предшествующих дате подачи заявления.

- Недавние налоговые декларации также могут включать декларации, подтверждающие доход пациента за тот год, в котором ему впервые был выставлен счет, или за 12 месяцев, предшествующих первому выставленному счету. Недавние квитанции о начислении заработной платы также могут включать квитанции за шестимесячный период до или после того, как пациенту впервые был выставлен счет больницей.
- Для пациентов, имеющих право на участие в программе благотворительной помощи, отменяется обязанность по оплате выставленных счетов.

ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ — ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАВУ НА УЧАСТИЕ И ПРОВЕРКЕ ДОХОДОВ

- Пациенты также должны сотрудничать при прохождении проверки на соответствие требованиям для участия в Medicare, Medi-Cal или другом страховом покрытии.
- Совокупный доход семьи пациента должен быть выше 138 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL), а также необходимо предоставить недавние налоговые декларации или квитанции о начислении заработной платы в качестве подтверждения.
 - Недавние налоговые декларации, которые подтверждают доход пациента за тот год, в котором ему впервые был выставлен счет, или за 12 месяцев, предшествующих первому выставленному счету. Недавние квитанции о начислении заработной платы за шестимесячный период до или после того, как пациенту впервые был выставлен счет больницей.
 - Недавние налоговые декларации также могут включать декларации за последний год, предшествующий дате подачи заявления. Недавние квитанции о начислении заработной платы также могут включать квитанции о начислении заработной платы за три месяца, предшествующих дате подачи заявления.
- Пациенты, имеющие право только на участие в программе снижения размеров платежей, получают меньшую финансовую помощь, чем помощь, доступная в рамках программы благотворительной помощи.

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Отправьте по почте заполненное заявление и подтверждение дохода. Заявления принимаются в течение одного года с даты оказания услуги. Заявления, остающиеся незаполненными в течение более 30 календарных дней, будут закрыты как неактивные.

Чтобы подать заявление на получение услуг в больнице и клинике, отправьте заполненную форму и подтверждающие документы по адресу:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
 Patient Financial Assistance Department
 1001 Potrero Ave. Building 20, Ward 24, Room 2406
 San Francisco, CA 94110

Для получения помощи с подачей заявления позвоните в отдел финансовой помощи пациентам по номеру (628) 206-3275.

Места предоставления услуг включают больницу общего профиля и центр травматологии имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), специализированные амбулаторные клиники, общественные пункты

основной медицинской помощи, больницу и реабилитационный центр Laguna Honda (Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center) и отделение общественного здравоохранения.

Чтобы подать заявление на получение услуг в сфере психического здоровья, отправьте заполненную форму и подтверждающие документы по адресу:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

Для получения помощи с подачей заявления позвоните в отдел обслуживания участников программы предоставления услуг в области психического здоровья (Behavioral Health Services, BHS) по номеру (888) 246-3333.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия: _____ Имя: _____
Дата рождения: _____ Номер медицинской карты: _____ Номера счетов: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПОРУЧИТЕЛЕ (в случае, если сам пациент не является поручителем)

Фамилия: _____ Имя: _____

ПОСТОЯННЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ

Адрес: _____ Город: _____
Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Страна: _____ Номер телефона: _____
Номер мобильного телефона: _____ Адрес электронной почты: _____

ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (если применимо)

Адрес: _____ Город: _____
Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Страна: _____ Номер телефона: _____
Номер мобильного телефона: _____ Адрес электронной почты: _____

СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ И ОТБОР

Какое Ваше семейное положение? Женат/замужем Не женат / не замужем Раздельное проживание
 Разведен/разведена Вдовец/вдова
 Сожительство

У Вас есть медицинская страховка? Да Нет
Если да, перечислите все. Предоставьте карты страхования.

Имеете ли Вы претензии или предполагаете возникновение каких-либо претензий к третьим лицам? Да Нет
Если да, перечислите все.

Третья сторона несет ответственность за травмы, медицинские расходы, убытки, которые могут быть урегулированы.

Признаны ли Вы нетрудоспособным на период, который предположительно продлится 12 месяцев? Да Нет

Есть ли у Вас ожидающее рассмотрения заявление на участие в программе Medi-Cal? Да Нет

Были ли Вы беременны в день оказания услуги? Да Нет Не применимо

Размер семьи (заявитель, супруг (-а), дети на иждивении до 21 года и нетрудоспособные дети любого возраста, независимо от того, проживают они дома или нет) Количество ____

Общий валовой ежемесячный доход семьи: \$ _____
Предоставьте недавние квитанции о начислении заработной платы или налоговую декларацию.

Я заявляю, что, насколько мне известно, данные мной ответы являются достоверными и правильными. Я не застрахован (-а) или застрахован (-а) недостаточно и не несу ответственности перед третьими лицами. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет проверяться. Я понимаю, что информация будет использоваться для определения соответствия критериям для участия в различных федеральных, окружных программах и программах штата. Я понимаю, что, если предоставленная мной информация окажется ложной, я буду нести ответственность за оплату полной суммы за медицинские услуги, полученные в Больнице общего профиля имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско и специализированных амбулаторных клиниках, общественных пунктах первичной медицинской помощи, больнице Laguna Honda, отделении общественного здравоохранения или услуги в области психического здоровья.

ПОЛНОЕ ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ДАТА:

Степень родства с пациентом:
