

## Инструкции по заявке на финансовую помощь

Благодарим вас за интерес к программе финансовой помощи North Memorial Health. Эта программа предоставляет финансовую помощь квалифицированным незастрахованным и недостаточно застрахованным клиентам для оказания неотложных и медицинских услуг, предоставляемых больницами и клиниками North Memorial Health (NMH) в рамках системы NMH, включая как медицинские, так и профессиональные услуги, предлагаемые больницей North Memorial Health, Maple Grove Hospital, транспорт скорой помощи NMH и услуги хосписа NMH. Чтобы иметь право на финансовую помощь, вы должны подать полностью заполненную заявку на финансовую помощь вместе с запрошенной документацией и:

- иметь \* Семейный доход на уровне или ниже 275% от \*\* федерального уровня бедности;
- сотрудничать с NMH, если ваша заявка определена как неполная и потребуются дополнительная информация;
- подать заявку на медицинское страхование (Medical Assistance, MinnesotaCare), если будет установлено, что вы можете иметь право на участие.

В соответствии с соглашением между больницей и генеральным прокурором штата Миннесота, если вы не застрахованы с ежегодным семейным доходом менее 125 000 долларов США, и не имеете права на получение финансовой помощи NMH, пожалуйста, свяжитесь с NMH, чтобы определить, может ли вам предоставляться скидка для незастрахованных NMH на основе предоставленной услуги.

Семейный доход будет определяться налоговыми декларациями самого последнего года налоговой регистрации IRS Основного Заявителя и Членов Семьи в данной семье. Если семейный доход изменился, или, если налоговые декларации не могут быть предоставлены, годовой доход будет рассчитываться путем пересчета в годовом исчислении за предыдущие шесть месяцев дохода от Основного Заявителя и Членов Семьи в данной семье. You can obtain a copy of North Memorial Health's Financial Assistance Policy which describes NMH financial assistance programs, program eligibility, and covered services provided to eligible customers, by visiting the Financial Assistance Policy page of NMH's website at <https://northmemorial.com/financial-assistance>, or by calling (763) 581-4980, or (866) 358-2644.

Вы можете получить копию Политики финансовой помощи North Memorial Health, в которой описываются программы финансовой помощи NMH, права на участие в программе и покрываемые услуги, предоставляемые правомочным клиентам, посетив страницу веб-сайта политики финансовой помощи NMH по адресу <https://northmemorial.com/financial-assistance> или позвонив по телефону (763) 581-4980 или (866) 358-2644

**Please use this table as a checklist when completing the enclosed application.**

<b>Раздел 1</b> Информация о заявителе	<input type="checkbox"/> Необходимо заполнить все пункты <input type="checkbox"/> Если вы были заявлены как иждивенец в чей-либо налоговой декларации, заявление должно быть заполнено этим лицом.
<b>Раздел 2</b> Список членов семьи	<input type="checkbox"/> Включите всех членов семьи и домочадцев.
<b>Раздел 3</b> Доказательство баланса ликвидных активов	<input type="checkbox"/> Пожалуйста, пришлите нам полный отчет по всем активам, перечисленным в разделе 3. В отчете (-ах) должны быть указаны дата отчета, имя владельца учетной записи, стоимость актива и название финансового учреждения.
<b>Раздел 4</b> Доказательство наличия покрытия медицинской страховкой	<input type="checkbox"/> Если Основной Заявитель (раздел 1) или Член Семьи (раздел 2) не застрахован Medical Assistance и/или MinnesotaCare, требуется письменное решение о медицинской помощи и / или документация об освобождении от Affordable Care Act (Закона о доступных медицинских услугах), или может потребоваться заявка на получение Medical Assistance или MinnesotaCare.

	<input type="checkbox"/> Если Основной Заявитель (раздел 1) или Член Семьи (раздел 2) застрахован, копия лицевой и оборотной части страховой карточки необходима для каждого застрахованного лица, чье имя записано в заявке на финансовую помощь.
<b>Раздел 5,6,7,8</b> Подтверждение дохода	<input type="checkbox"/> Предоставьте самую последнюю федеральную налоговую декларацию за прошлый год с графиками C, E, F, если применимо. <u>Не отправляйте форму W2 или форму штатных налоговых деклараций.</u> Для получения копии вашей федеральной налоговой декларации, звоните 800-829-0922. <input type="checkbox"/> Просьба представить самую последнюю платёжную квитанцию основного заявителя и всех членов семьи, проживающих вместе. <input type="checkbox"/> Если основной заявитель и члены семьи не имеют дохода, должен быть заполнен «Отчёт о Местожительстве » (Shelter Statement)
<b>Заявка</b>	<input type="checkbox"/> Информация в заявке должна точно соответствовать подтверждающей документации. <input type="checkbox"/> Пожалуйста, пришлите четкие фотокопии всей необходимой документации. Не отправляйте оригиналы, так как они не будут возвращены. <input type="checkbox"/> Заявка должна быть заполнена полностью. <input type="checkbox"/> Заявка должна быть подписана и датирована Основным Заявителем.

Если вы не знаете, какая документация должна быть включена с вашей заявкой, или если вам нужна какая-либо другая помощь, пожалуйста, свяжитесь с нами по подходящему вам номера телефона:

**North Memorial Health/Maple Grove Hospital**  
**(763)581-4980 or (866) 358-2644**

**North Memorial Health Ambulance (Транспорт)**  
**(763)581-9930 or (800)535-6720**

Гарант / Счет №: \_\_\_\_\_

## Заявка на Финансовую Помощь

- 1. ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ:** (При подаче заявления на несовершеннолетнего ребенка, введите СВОЁ имя здесь и запишите ребёнка в качестве иждивенца в Разделе 2 ниже)

Все клетки должны быть заполнены и точно соответствовать приложенным документам.

Имя	Инициалы отчества	Фамилия	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейный статус
Адрес			Город	Штат	Почтовый Код
Номер социального страхования			Домашний телефон		Другой телефон

### 1. Члены семьи, проживающие с вами

Имя ( Имя, инициалы отчества, Фамилия)	Дата рождения	Кем вам приходится

- 2. ПОЖАЛУЙСТА ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩИЙ СПИСОК АКТИВОВ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТСЯ У ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ И ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В ДОМЕ И ПРЕДОСТАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.**

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПРОВЕРКЕ АКТИВОВ\*\*\*: Вы должны предоставить свою последнюю ведомость (-и), подтверждающую баланс/стоимость каждого актива основных средств, перечисленных ниже. Каждая ведомость должна четко определять вас как владельца счета актива.

Тип Актива	Дата Ведомости	Имя на счете	Стоимость актива	Финансовое Учреждение
Контрольные и сберегательные счета				
Акции / Облигации / депозитные сертификаты / Депозитные счета денежного рынка / Паевые фонды				
Пенсионные счета (401K / 403B) / IRA				

Медицинский пенсионный счет/ Медицинский сберегательный счет				
-----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Я (Мы) не имею ни одного из перечисленных активов, включая контрольные и сберегательные счета.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ:** Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о себе, как заявителя, а также о членах семьи, перечисленные выше в разделе 2. Приложите копию карточки медицинского страхования каждого члена семьи, если применимо.

**\*\* ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ \*\*:** Если кто-либо из перечисленных в этой заявке не имеет медицинского страхования (Medical Assistance, MinnesotaCare, Medicare или другое), просьба представить письменное объяснение в Разделе 9 о том, почему страхование не было получено, и Действительное письмо с подтверждением от Medical Assistance/MinnesotaCare для этого лица или документация об освобождении от Положения Закона о Доступных Медицинских Услугах (Affordable Care Act).

**Пожалуйста, пришлите копию лицевой и оборотной стороны страховой карты, в которой перечислены все лица, на которых распространяется данная страховка.**

У вас есть Medicare? <input type="checkbox"/> Нет	Часть А	Часть В	Есть ли у вашего супруга/супруги Medicare? Нет	Часть А	Часть В
Есть ли у кого-нибудь Medical Assistance или MinnesotaCare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Если да, у кого есть Medical Assistance или MinnesotaCare?				
У кого-нибудь имеется дополнительная медицинская страховка? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	Если ДА, то какое название и телефон страховки, и кто ею покрыт?				

**4. ПРОВЕРКА ТРУДОУСТРОЙСТВА:** Пожалуйста, заполните и предоставьте самую последнюю платёжную квитанцию основного заявителя и всех членов семьи, которые работают в семье.

а. Имя трудоустроенного работника	б. Работодатель/ Название компании	с. Почасовая оплата/Годовая зарплата	д. Количество рабочих часов в неделю	Е. Чаевые
ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ				

**5. ПРОВЕРКА ДОХОДА:** Приложите копии налоговых деклараций IRS 1040 или 1040А, включая графики С, Е & F, от самого последнего года подачи налоговой декларации для Основного Заявителя и всех членов семьи в данной семье. Если налоговая декларация не имеется, вы должны заполнить раздел 7.

Я (Мы) не подавал(-и) налоговую декларацию за последний год подачи налоговой декларации.

6. Если текущая налоговая декларация для всех членов семьи в данной семье не может быть предоставлена, или ваш семейный доход изменился с момента подачи налоговой декларации за последний год, предоставьте следующий семейный доход для основного заявителя и всех членов семьи в данной семье.

Источники дохода:	СУММА - за последние шесть месяцев	Источники дохода:	СУММА - за последние шесть месяцев
Налогооблагаемый процент и дивиденды		Аренда/ Отчисления/Недвижимость/Доверия	
Алименты/ Алименты на детей		Компенсация по безработице	
Доход от самостоятельной занятости		Компенсация работникам	
Социальное обеспечение и инвалидность		Помощь на образование	
Пенсия и пенсионное обеспечение		Общественная помощь	
Платежи ветеранам		Другая финансовая помощь	

**\*\*Необходимые документы для проверки других источников дохода:\*\***

- ❖ Социальное обеспечение, финансовая помощь по инвалидности, пенсии, Компенсация по безработице, Компенсация работникам: Отправьте доказательства бумаг о полученных пособиях или письмо о присуждении вам финансовой помощи с указанием того, сколько вы получаете каждый месяц.
- ❖ Все другие источники дохода: предоставьте либо (1) налоговые документы, показывающие полученные доходы, либо (2) некоторые другие формы официальной документации проверки дохода и источник.

Копия выписки из банковского счета не является приемлемой в качестве доказательства дохода.

7. Если заявитель не имеет дохода, нужно заполнить форму "Отчёт о Местожительстве".  
**ПОЖАЛУЙСТА, ПОЗВОНИТЕ В НАШ ОФИС ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОПИИ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НАШЕГО ВЕБ-САЙТА <https://northmemorial.com/financial-assistance>**

8. Если у вас есть дополнительные факторы, которые вы бы хотели, чтобы мы рассмотрели с вашей заявкой, или вам нужно больше места, чтобы предоставить дополнительную информацию, пожалуйста, укажите их ниже или используйте дополнительный листок бумаги.


**\*\*Перед тем, как подать эту заявку, убедитесь, что вы приложили все необходимые документы, как указано в каждом разделе\*\***

Я подтверждаю, что информация в данной заявке является настолько точной, насколько мне известно. Я понимаю, что искажение информации в этой заявке может привести к отказу вашей заявки на финансовую помощь.

<b>ДАТА:</b>	<b>ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ</b>
	<b>X</b>

Обработка заявления занимает 30-45 дней. Не полностью заполненные заявки рассматриваться не будут. Вы получите уведомление по почте о нашем решении.

Заполненные заявки по финансовой помощи, включая всю необходимую информацию и документацию, должны быть предоставлены для определения права на финансовую помощь в:

- Отправлены письмом: North Memorial Hospital – Financial Assistance, 3300 Oakdale Avenue North, Robbinsdale, MN 55422, или
  - Предоставляется лично в данных отделениях:
    - NMH Admitting Departments
    - North Memorial Health – Financial Assistance, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
    - North Memorial Health Ambulance, 4501 68<sup>th</sup> Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429
- 

\*Доход семьи: семейный доход определяется, начиная с определения Бюро переписи, которое использует следующие доходы при расчете федерального уровня бедности, включая заработок, компенсацию по безработице, компенсацию работникам, социальное обеспечение, государственную помощь, выплаты ветеранам, пособие в связи с потерей кормильца, финансовая помощь по инвалидности, пенсии или пенсионные доходы, проценты, дивиденды, арендная плата, отчисления, имущественные и доверительные имущественные фонды, помощь в области образования, алименты, финансовая поддержка детей, финансовая помощь, приходящая из-за пределов семьи, и другие различные источники;

1. Неденежные льготы (например, продовольственные карточки и жилищные субсидии) не учитываются;
2. Определяется по принципу «до вычета налогов»;
3. Исключает прирост или убытки от прироста капитала; а также
4. Если человек живет с семьей, семейный доход включает в себя доходы всех членов семьи (не родственники, такие как соседи по дому, не считаются).

**Руководящие Принципы Федерального Уровня Бедности (FPG): FPG устанавливает уровни годового дохода для бедности, определенные Департаментом здравоохранения и социальных служб Соединенных Штатов Америки, и они ежегодно обновляются в Федеральном регистре.**