

## Инструкции по заполнению заявления на получение финансовой помощи

Благодарим вас за интерес к программе финансовой помощи North Memorial Health. Эта программа предоставляет финансовую помощь незастрахованным и недостаточно застрахованным клиентам, соответствующим определенным критериям, 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:

- Долг должен быть не старше 365 дней с момента получения первого счета;
- Вы должны иметь семейный доход на уровне или ниже 300% от \*\*федерального уровня бедности;
- сотрудничать с NMH, если окажется, что ваша заявка неполная и если потребуется дополнительная информация;
- подать заявку на медицинское страхование (Medical Assistance, MinnesotaCare), если будет установлено, что вы можете иметь право на участие в этих программах.

Семейный доход определяется на основании налоговой декларации главного заявителя и иждивенцев в одном и том же домохозяйстве за последний год. Если семейный доход поменялся или если декларации предоставить невозможно, годовой доход будет определяться на основании последних шести месяцев доходов главного заявителя и иждивенцев в домохозяйстве.

Вы можете получить копию Правил финансовой помощи North Memorial Health, в которых описаны программы финансовой помощи NMH, требования к участникам и услуги, предоставляемые тем, кто соответствует условиям программы. Чтобы получить эту информацию, пожалуйста, посетите страницу «Правила финансовой помощи» на сайте NMH <https://northmemorial.com/financial-assistance> или позвоните по номерам (763) 581-0911, (866) 494-2900.

Пожалуйста, используйте эту таблицу в качестве памятки при заполнении заявки	
Раздел 1 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.
Раздел 2 Включение иждивенцев	<input type="checkbox"/> Укажите всех членов домохозяйства, за которых вы несете финансовую ответственность. <input type="checkbox"/> Иждивенцев старше 18 лет учтут при подсчете количества членов семьи только в том случае, если они указаны в налоговой декларации за последний год. Дети старше 18 лет должны подавать отдельную заявку
Раздел 3 Подтверждение ликвидных активов	<input type="checkbox"/> Пожалуйста, пришлите нам полный отчет по активам, включая дату, имя владельца счета, ценность активов на данный момент и название финансового учреждения. Банковская справка о вашем счете не подходит.
Раздел 4 Доказательство страховки	<input type="checkbox"/> Если кто-либо из людей, указанных в заявке, имеет страховку, в заявке на финансовую помощь, нужно предоставить копии обеих сторон карточки страхования для каждого застрахованного лица. <input type="checkbox"/> Если кто-либо из людей, указанных в заявке, не имеет страховки, может потребоваться письменное заключение о Medical Assistance и/или MinnesotaCare или заявка на Medical Assistance или MinnesotaCare.
Section 5,6,7,8 Подтверждение доходов	<input type="checkbox"/> Предоставьте последнюю федеральную налоговую декларацию, включая приложения C, E и F, если это применимо к нашей ситуации. <u>Не присылайте формы W2 или налоговые декларации штата.</u> Чтобы получить копию федеральной декларации, позвоните 800-829-0922. <input type="checkbox"/> Пожалуйста, предоставьте самую последнюю зарплатную квитанцию для основного заявителя и всех членов семьи. <input type="checkbox"/> Если у основного заявителя и членов семьи нет доходов, должен быть заполнен “Отчет о расходах на жилье” (Shelter Statement) <input type="checkbox"/> Если вы получаете выплаты социального страхования, пенсию, аннуитет или выплаты по безработице, пожалуйста, укажите это (в разделе 7) и предоставьте подтверждение валового дохода. Банковские выписки, демонстрирующие чистые депозиты, не являются допустимым доказательством доходов.
ЗАЯВКА	<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 полностью заполнена, подписана и датирована Основным Заявителем

Поручитель/номер счета:

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

North Memorial Health/Maple Grove Hospital  
(763) 581-0911 or (866) 494-2900

North Memorial Transportation  
(763) 581-9930 or (800) 535-6720

## Заявка на Финансовую Помощь

**\*\*Пожалуйста, укажите, в отношении долгов какого учреждения вы подаете заявку на финансовую помощь:**

- Больница/госпиталь North Memorial Health
  Больница Maple Grove Hospital
  Медицинский транспорт
  Аптека North Memorial Outpatient

- 1. ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ:** (если заявка подается на несовершеннолетнего, укажите **ВАШЕ** имя и укажите данные ребенка ниже, в разделе 2). Все разделы должны быть заполнены, информация должна в точности совпадать с подтверждающими документами.

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

- 2. ЧЛЕНЫ СЕМЬИ В ВАШЕМ ДОМОХОЗЯЙСТВЕ, ЗА КОТОРЫХ ВЫ НЕСЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:**

ПОЛНОЕ ИМЯ (имя, первая буква отчества, фамилия)	Дата рождения	Кем приходится

- 3. ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ АКТИВЫ ДЛЯ ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ И ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ДОМОХОЗЯЙСТВА, УКАЗАННЫХ В РАЗДЕЛЕ 2. ПРЕДОСТАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ.**

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПРОВЕРКЕ АКТИВОВ**: вы должны предоставить самые свежие выписки, подтверждающие баланс/ценность каждого актива, указанного ниже. В каждой выписке должны быть четко идентифицированы владелец счета актива, дата и название учреждения.				
Тип актива	Дата выписки	Имя владельца счета	Ценность актива	Финансовое учреждение
Расчетный и сберегательный счета				
Акции / Облигации / депозитные сертификаты / Депозитные счета денежного рынка/ Паевые фонды/				

Индивидуальные пенсионные счета				
Медицинский пенсионный счет/ Медицинский сберегательный счет				

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

**4. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ:** Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о себе как о главном заявителе, а также о членах семьи, перечисленные выше в разделе 2. Приложите копию карточки медицинского страхования каждого члена семьи, если применимо.

**\*\* ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ \*\*:** Если кто-либо из перечисленных в этой заявке не имеет медицинского страхования (Medical Assistance, MinnesotaCare, Medicare или другое), пожалуйста, предоставьте в Разделе 9 письменное объяснение того, почему вы не застрахованы. Может потребоваться действительное (с неистекшим сроком действия) письмо-заключение 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?  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?  Нет  да      Если да, у кого есть Medical Assistance или MinnesotaCare?

Есть ли у кого-либо дополнительная страховка?  Нет  да      Если ДА, каковы название и номер телефона страховки? На кого она распространяется?

**5. ПРОВЕРКА ТРУДОУСТРОЙСТВА:** Пожалуйста, введите информацию/ предоставьте самую последнюю платёжную квитанцию основного заявителя и всех других работающих членов семьи, указанных в разделе 2

а. Имя работающего члена семьи	б. Работодатель/название компании	с. Почасовая оплата/ежегодная зарплата	д. Сколько рабочих часов в неделю	е. Чаемые
ГЛАВНЫЙ ЗАЯВИТЕЛЬ				

**6. ПРОВЕРКА ДОХОДОВ:** Пожалуйста, приложите копии налоговых деклараций 1040 или 1040А главного заявителя и всех членов семьи, включая приложения С, Е и F, за последний год. Если налоговая декларация недоступна, вы должны заполнить Раздел 7.

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

**Пожалуйста, предоставьте детали о зарплате/зарплатную квитанцию основного заявителя и работающих членов семьи за последние 6 месяцев.**

7. Если последняя налоговая декларация всех членов семьи, указанных в Разделе 2, недоступна или если семейный доход изменился с момента подачи последней декларации, пожалуйста, предоставьте следующие данные о доходах основного заявителя и всех членов семьи, указанных в Разделе 2.

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА	СУММА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ	ИСТОЧНИКИ ДОХОДА	СУММА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ
Налогооблагаемые проценты и дивиденды		Аренда/ вознаграждения роялти/недвижимость/трасты	
Алименты		Выплаты по безработице	
Доход в результате самозанятости		Компенсация работникам	
Выплаты по инвалидности и выплаты социального страхования		Выплаты на образование	
Пенсия		<b>Общественная помощь</b>	
Ветеранские выплаты		<b>Другая финансовая помощь</b>	

**\*\* 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.

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

9. Если есть дополнительные факторы, которые, на ваш взгляд, нам стоит учесть в вашей заявке, или если вам нужно больше места, чтобы предоставить больше информации, пожалуйста, укажите эти данные ниже или на дополнительном листке бумаги.


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

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

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

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

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

- По почте: в North Memorial Hospital – Financial Assistance, 3300 Oakdale Avenue North, Robbinsdale, MN 55422
  - По электронной почте: FAA@NorthMemorial.com
  - Лично по следующим адресам:
    - o NMH Admitting Departments
    - o North Memorial Health Business Office, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
    - o North Memorial Health Transportation, 4501 68th Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429
- 

**\*Семейный доход:** Семейный доход рассчитывается на основании определения Бюро переписи. Оно учитывает следующие доходы по определении критериев федерального уровня бедности: заработок, выплаты по безработице, компенсации за производственные травмы, выплаты социального страхования, пособия от властей, ветеранские выплаты, пособия по случаю потери кормильца, инвалидности, пенсию, проценты, дивиденды, аренду, имущество и трасты, образовательные выплаты, алименты, финансовую помощь от лиц, не входящих в домохозяйство, и другие источники.

1) неденежные пособия (такие как продовольственные купоны и субсидии на жилье) не учитываются;

2) доходы рассчитываются исходя из суммы до вычета налогов;

3) доходы/потери от изменения стоимости активов не учитываются;

4) если человек живет вместе с семьей, учитываются доходы всех членов семьи (доходы лиц, не являющихся родственниками, но живущих вместе с ними, не учитываются).

**\*\*Критерии Федерального уровня бедности (ФУБ):** в рамках ФУБ определяются параметры ежегодных доходов, относящихся к уровню бедности. Они определяются Министерством здравоохранения и социальных служб США и ежегодно обновляются в Федеральном регистре.