NORTH MEMORIAL HEALTH

Russian

Инструкции по подаче заявления на получение финансовой помощи

Благодарим вас за интерес к программе финансовой помощи North Memorial Health. Данная программа предоставляет финансовую помощь пациентам без страхования или с недостаточным страховым покрытием, которые соответствуют требованиям программы. Помощь предназначена для оплаты неотложных и необходимых по медицинским показаниям услуг, оказываемых в больницах и клиниках системы North Memorial Health (NMH), включая как услуги самих медицинских учреждений, так и работу специалистов, неотложную транспортировку и услуги хосписа. Чтобы соответствовать требованиям для получения финансовой помощи, вы должны предоставить полностью заполненное заявление на получение финансовой помощи вместе с запрошенными документами, а также:

- Неоплаченные остатки не должны превышать 365 дней с момента получения вами первого счета после выписки, в котором указана эта сумма.
- Иметь *доход семьи на уровне или ниже 300% от **Федерального прожиточного минимума.
- Подать заявление на получение медицинского страхования (Medical Assistance, MinnesotaCare), если будет установлено, что вы можете соответствовать требованиям.
- Сотрудничать с NMH, если выяснится, что ваше заявление заполнено не полностью и требуется дополнительная информация.

Доход семьи будет определяться на основе налоговых деклараций Налогового управления США (IRS) Основного подателя заявления и совместно проживающих лиц на иждивении за последний отчетный налоговый год. Если доход семьи изменился, или если налоговые декларации не могут быть предоставлены, годовой доход будет рассчитан путем пересчета в годовом исчислении доходов Основного подателя заявления и совместно проживающих лиц на иждивении за предыдущие шесть месяцев.

Вы можете получить копию Политики финансовой помощи North Memorial Health, в которой описываются программы финансовой помощи NMH, критерии соответствия требованиям программы и покрываемые услуги, предоставляемые соответствующим требованиям клиентам, посетив страницу Политики финансовой помощи на сайте NMH по адресу https://northmemorial.com/financial-assistance, или позвонив по номеру (763) 581-0911 или (866) 494-2900.

Пожалуйста, используйте эту таблицу в качестве контрольного списка при заполнении прилагаемого заявления.	
Раздел 1 Информация о подателе заявления	☐ Необходимо заполнить все поля**.** ☐ Если вы были указаны в качестве лица на иждивении в чьей-либо налоговой декларации, заявление должно быть заполнено этим лицом.
Раздел 2 Включение лиц на иждивении	☐ Укажите всех членов семьи, проживающих с вами, за которых вы несете финансовую ответственность. ☐ Лица на иждивении в возрасте старше 18 лет будут учитываться при расчете размера семьи только в том случае, если они указаны в налоговой декларации за предыдущий год. Любой ребенок в возрасте старше 18 лет должен подавать заявление отдельно.
Раздел 3 Подтверждение наличия ликвидных средств	☐ Пожалуйста, пришлите нам полную выписку по всем активам, подробно указанным в Разделе 3. Выписка (-и) должна (-ы) содержать дату, имя владельца счета, текущую стоимость актива и название финансового учреждения. Краткая банковская справка по вашему счету не принимается.
Раздел 4 Подтверждение наличия медицинского страхования	☐ Если кто-либо из указанных в заявлении лиц не застрахован, могут потребоваться следующие документы: письменное решение по программам Medical Assistance и/или MinnesotaCare, документы об освобождении от требований Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) или заявление на получение Medical Assistance или MinnesotaCare. Ожидается, что податели заявления предпримут все разумные усилия для получения медицинского страхования до того, как будет рассмотрен вопрос о предоставлении благотворительной помощи.
Разделы 5, 6, 7, 8 Подтверждение доходов	☐ Предоставьте федеральную налоговую декларацию за последний год, включая Приложения 1, C, E и F, если применимо. **Не присылайте формы W-2 или налоговые декларации штата**. ☐ Если вы не подавали федеральную налоговую декларацию, требуются копии квитанций о начислении заработной платы за последние 6 месяцев. ☐ Пожалуйста, предоставьте самую свежую детализацию/квитанцию о начислении заработной платы для Основного подателя заявления и всех совместно проживающих членов семьи.

	☐ Если Основной податель заявления и члены семьи в настоящее время не имеют дохода, необходимо заполнить Декларацию об отсутствии дохода. ☐ Если вы получаете социальное обеспечение, пенсию, аннуитеты или пособие по безработице, пожалуйста, укажите эту информацию (Раздел 7) и пришлите подтверждение этих доходов. Банковские выписки, показывающие чистые поступления, не принимаются. ☐ Убедитесь, что все соответствующие пункты в заявлениях отмечены галочками, если это применимо
ЗАЯВЛЕНИЕ	☐ Информация в заявлении должна в точности совпадать с подтверждающими документами. ☐ Пожалуйста, присылайте четкие ксерокопии всех необходимых документов. Не присылайте оригиналы, так как они не возвращаются. ☐ Заявление должно быть полностью заполнено, подписано и датировано Основным подателем заявления.

NORTH MEMORIAL HEALTH

Поручитель / Номер (-а) счета (-ов):

Заявление на получение финансовой помощи

Пожалуйста, выберите учреждения, перед которыми у вас есть непогашенная задолженность, и от которых вы хотите получить финансовую помощь

☐ Больница/клиника North Memorial Health ☐ Больница Maple Grove ☐ Медицинская транспортировка

☐ Амбулаторная аптека North Memorial ☐ Хоспис и медицинское обслуживание на дому North Memorial Health

1. **ОСНОВНОЙ ПОДАТЕЛЬ ЗАЯВЛЕНИЯ:** пожалуйста, укажите ваши личные данные ниже. Если заявление подается на несовершеннолетнего ребенка, введите здесь **ВАШЕ** имя, а ребенка укажите в Разделе 2 ниже.

Полное имя		Дата рождения	Основной телефон
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Семейное положение: ☐ Не женат/не замужем ☐ Разведен/разведена ☐ Вдовец/вдова (Отметьте один вариант) ☐ Женат/замужем ☐ Проживаем раздельно	Имя супруга (-и)/партнера		Дата рождения

2. **ЧЛЕН (-Ы) СЕМЬИ:** пожалуйста, перечислите всех лиц на иждивении, указанных в вашей федеральной налоговой декларации.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Дата рождения	Степень родства с вами

3. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ НАЛИЧИЯ АКТИВОВ:** пожалуйста, заполните следующий список активов, имеющихся у основного подателя заявления и всех членов семьи, указанных в Разделе 2. Пожалуйста, предоставьте подтверждающие документы для всех перечисленных активов.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АКТИВОВ

Вы должны предоставить самую последнюю выписку (-и), подтверждающую баланс/стоимость каждого из перечисленных ниже активов. В каждой выписке должны быть четко указаны: владелец счета, дата выписки, название учреждения и номер счета. Пожалуйста, не закрашивайте никакую информацию и приложите все страницы выписки (-ок). Отсутствие страниц, идентификационных данных или закрашенная информация приведут к повторному запросу информации.

Тип актива *(Примеры)*	**Дата выписки**	**Имя владельца счета**	**Баланс счета**	**Финансовое учреждение**
-Текущие счета -Сберегательные счета -Счета денежного рынка				
-Акции/облигации -Депозитный сертификат -Паевые инвестиционные фонды -Индивидуальный пенсионный счет (IRA)				
-Пенсионный счет на медицинские расходы -Медицинский сберегательный счет				

☐ **Я подтверждаю, что ни у меня, ни у других совместно проживающих членов семьи нет ни одного из перечисленных выше активов, включая текущие и сберегательные счета.**

---

4. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ: пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о себе как об основном подателе заявления и обо всех членах семьи, указанных в Разделе 2.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Если кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, не имеет медицинского страхования (Medical Assistance, MinnesotaCare, Medicare или другой), **пожалуйста, предоставьте в Разделе 9 письменное объяснение причин, по которым страхование не было получено.** Может потребоваться текущее письмо с решением от Medical Assistance/MinnesotaCare для этого человека или лица об освобождении от требований Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act).

Есть ли у вас Medicare? (отметьте все подходящие варианты) ☐Нет ☐Да — Часть A ☐Да — Часть B

Есть ли Medicare у вашего супруга (-и)? (отметьте все подходящие варианты) ☐Нет ☐Да — Часть A ☐Да — Часть B

Есть ли у кого-либо Medical Assistance или MinnesotaCare? ☐Нет ☐Да

Если ДА, у кого из членов семьи есть Medical Assistance или MinnesotaCare?

Есть ли у кого-либо дополнительное медицинское страхование? ☐Нет ☐Да

Если ДА, укажите название страхования, идентификационный номер участника, и кто из членов семьи застрахован:

---

5. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТРУДОУСТРОЙСТВА:** пожалуйста, заполните данные и предоставьте самую свежую детализацию/квитанцию о начислении заработной платы для Основного подателя заявления и всех работающих членов семьи, указанных в Разделе 2.

Имя работающего члена семьи	Название работодателя/компании	Почасовая ставка/ годовой оклад	Количество рабочих часов в неделю	Чаевые

6. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДОВ:** пожалуйста, приложите копии налоговых деклараций IRS формы 1040 или 1040A, включая приложения 1, C, E и F за последний отчетный налоговый год для Основного подателя заявления и всех совместно проживающих членов семьи. Если налоговая декларация не может быть предоставлена, или доход семьи изменился с момента подачи декларации за последний год, пожалуйста, предоставьте детализацию/квитанции о начислении заработной платы за последние 6 месяцев для основного подателя заявления и работающих членов семьи, а также отметьте пункт ниже.

☐ **Я подтверждаю, что я и все остальные совместно проживающие члены семьи не подаем налоговую декларацию.**

7. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОЧИХ ДОХОДОВ:** пожалуйста, заполните раздел ниже, указав любые дополнительные источники дохода, которые получает основной податель заявления или члены семьи, проживающие с ним**.**

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ ДОХОДА

ПОСОБИЕ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДОХОД В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSI), ПЕНСИЯ, ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ И КОМПЕНСАЦИЯ РАБОТНИКАМ ПРИ ТРАВМАХ: пожалуйста, приложите справку о льготах или письмо о назначении выплат, где указано, сколько вы получаете каждый месяц. Нам требуются суммы валового дохода. Банковская выписка с указанием чистого дохода не принимается.

ВСЕ ПРОЧИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА: пожалуйста, предоставьте один из следующих документов: налоговые документы, показывающие полученный доход, или какую-либо форму официальной документации, подтверждающей доход и его источник. Копия вашей банковской выписки не принимается в качестве подтверждения дохода.

Источники дохода	Сумма — за последние 6 месяцев	Источники дохода	Сумма — за последние 6 месяцев
Супружеские алименты		Арендная плата/Роялти/Наследственное имущество/Трасты	
Алименты на ребенка		Компенсация по безработице	
Доход от самозанятости		Компенсация работникам	
Социальное обеспечение и выплаты по инвалидности		Образовательная помощь	
Пенсия и пенсионные выплаты		Государственная помощь	
Выплаты ветеранам		Другое	

8. **ПОДАТЕЛЬ ЗАЯВЛЕНИЯ НЕ УКАЗАЛ ДОХОД:** Если выше было указано, что основной податель заявления и совместно проживающие члены семьи не имеют работы или иного дохода за последние 6 месяцев, пожалуйста, заполните приведенную ниже декларацию и приложите объяснение того, как оплачиваются расходы на проживание, такие как еда и жилье.

☐ **Я подтверждаю, что я и все другие совместно проживающие члены семьи не имеют никакого дохода, включая доход от работы по найму или любой другой доход.**

9. **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: (Необязательно)** Если есть какие-либо дополнительные обстоятельства, которые вы хотели бы, чтобы мы учли при рассмотрении вашего заявления, или если вам нужно дополнительное место для предоставления информации, пожалуйста, укажите эти сведения ниже или приложите отдельный лист.

ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ВЫ ПРИЛОЖИЛИ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ, КАК УКАЗАНО В КАЖДОМ РАЗДЕЛЕ	
Я подтверждаю, что информация, указанная в данном заявлении, является правдивой и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что искажение информации в этом заявлении может привести к отказу в удовлетворении моего запроса на получение финансовой помощи.	
Подпись основного подателя заявления:	**Дата:**

Обработка заявления может занять до 30 дней. Неполные заявления не будут рассматриваться. Вы будете уведомлены о нашем решении по почте.

Заполненные заявления, включая все необходимые документы, можно отправить следующими способами:

- MyChart: Заявление можно заполнить через вашу учетную запись MyChart. После входа в MyChart выберите Financial Assistance (Финансовая помощь) в меню.
- Почта: North Memorial Business Office – 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
- Электронная почта FAA@NorthMemorial.com
- Факс: (763) 581-4491
- Доставка осуществляется лично по следующим адресам6
    - North Memorial Health – Robbinsdale Hospital Registration Department
    - North Memorial Health – Maple Grove Hospital Registration Department
    - North Memorial Health Business Office - 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
    - North Memorial Health Ambulance Services, 4501 68th Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429

Если у вас есть вопросы о том, какие документы следует приложить к вашему заявлению, или если вам нужна какая-либо другая помощь, пожалуйста, свяжитесь с соответствующим отделом, указанным ниже:

- **Больницы и клиники North Memorial Health**
  - (763) 581-0911 или (866) 494-2900
  - FAA@NorthMemorial.com
- **North Memorial Health Ambulance Services**
  - (763) 581-9930 или (800) 535-6720

***Доход семьи:** доход семьи определяется на основе определения Бюро переписи населения, которое использует следующие виды доходов при расчете федерального прожиточного минимума: включает заработок, пособие по безработице, компенсации работникам, пособие в рамках социального обеспечения, дополнительный доход в рамках социального обеспечения, государственную помощь, выплаты ветеранам, пособия по случаю потери кормильца, пособия по инвалидности, пенсии или пенсионные доходы, проценты, дивиденды, арендную плату, роялти, а также наследственное имущество и трасты, помощь на образование, супружеские алименты, алименты на ребенка, финансовую помощь из источников вне домохозяйства и другие различные источники;

- Неденежные пособия (такие как продовольственные талоны и жилищные субсидии) не учитываются;
- Определяется до вычета налогов;
- Исключает прирост капитала или убытки; и
- Если человек живет с семьей, учитываются доходы всех членов семьи (доходы лиц, не являющихся родственниками, например, соседей по дому, не учитываются).

****Федеральные нормативы относительно прожиточного минимума (FPG):** FPG устанавливает уровни годового дохода для определения прожиточного минимума, в соответствии с определением Министерства здравоохранения и социальных служб США, и ежегодно обновляется в Федеральном реестре.