

Отдел коммерческих услуг

Заявление на получение финансовой помощи (FHA)

Отправьте заполненную форму по адресу:

Attention: Customer Service Department
PO Box 3753, Seattle, WA 98124-3753

Инструкции по заполнению заявления FHA

Шаг 1. Укажите информацию о пациенте. Внесите все данные о пациенте полностью.

Шаг 2. Укажите информацию о доходах. Сюда относятся доходы от вашего работодателя, пособия от социальных служб (талоны на питание, пособия на детей, находящиеся на иждивении (ADC), общая поддержка и т. д.), государственные пособия (социальное обеспечение, пособия по делам ветеранов и т. д.) и все прочие доходы. Если кому-то из детей исполнилось 18 лет или больше, на него необходимо заполнить отдельную форму.

Шаг 3. Укажите данные о ежемесячных расходах и финансовых обязательствах. Сюда относятся платежи по ипотеке, арендная плата, коммунальные услуги, медицинские или другие расходы.

Шаг 4. Верните заполненную форму в отдел коммерческих услуг (по указанному выше адресу) по почте или лично. На заявлении и в сопроводительных документах должна стоять оригинальная подпись.

В соответствии с правилами штата компании Optum Care Washington **необходимо предоставить доказательства или документы по каждому пункту, указанному вами на лицевой стороне данного заявления.** Вся информация должна быть предоставлена в течение **30 дней** после первого обращения за финансовой помощью. В противном случае вам придется нести финансовую ответственность за свои расходы.

Ниже приведены типы необходимых документов. Ознакомьтесь с каждым из них, чтобы понять, какие из них могут относиться к вашей ситуации. (Предоставьте только копии документов. Оригиналы документов не будут возвращены.)

- Последние налоговые формы IRS (1040 и/или W-2 и/или подтверждение непредставления налоговой декларации IRS) (должны быть подписаны) и чеки за последние 30 дней для всех работающих в семье лиц.
- Чеки на получение пособия по безработице за последние 30 дней.
- Удостоверение личности государственного или федерального образца с фотографией или водительские права лица, подающего заявление. Удостоверение личности необходимо для предотвращения мошенничества.
- Подтверждение всех других доходов, которые вы получили за последние 30 дней (государственные пособия, такие как дополнительный социальный доход (SSI) или пособия по делам ветеранов (VA), алименты при разводе/супружеская поддержка, алименты на детей, доходы от инвестиций, расчеты и т. д.).

- Если у вас нет дохода, приложите письмо с описанием источников вашего финансового обеспечения на данный момент.
- Ипотека, аренда, коммунальные услуги и любые неоплаченные медицинские счета.
- Прилагаемое заявление FHA (полностью заполненное и подписанное).
- Получали ли вы одобрение на финансовую помощь в другой местной больнице или медицинском учреждении в течение последних 6 месяцев?

Если да, укажите учреждение _____
 Есть ли у вас документы, подтверждающие это решение? Да Нет

Конфиденциально

Шаг 1. Заполните информацию ниже (инструкции см. на другой стороне).

Номер медицинской карты _____ **Номер социального**
 (должен указать FC) _____ **страхования** _____

Имя и фамилия пациента _____ **Дата рождения** _____

Адрес _____

Город _____ **Штат** _____ **Почтовый индекс** _____

Домашний телефон _____ **Сотовый телефон** _____

Шаг 2. Заполните информацию о доходах/активах.

Если доход не указан, поясните источники ваших средств к существованию.

Иждивенцы, которые увеличивают доход домохозяйства (см. ниже).

Я и супруг(-а)/партнер	Возраст	Кем приходится пациенту	Общий ежемесячный доход (до вычета налогов)

Члены семьи (проживающие и оказывающие поддержку семье)	Возраст	Кем приходится пациенту

Шаг 3. Заполните данные о среднемесячных расходах и финансовых обязательствах.

Ипотека/аренда _____ **Сумма** _____

Всего по коммунальным услугам _____ Сумма _____

Электричество _____ Сумма _____

Вода _____ Сумма _____

Газ _____ Сумма _____

Медицина _____ Сумма _____

Другое _____ Сумма _____

Если вы безработный, укажите дату увольнения. _____

У вас есть страховка по программе Medicaid? Да Нет. Если «Да», приложите копию вашей карты Medicaid.

Вы когда-нибудь подавали заявку на участие в программе Medicaid? Да Нет

Если «Да», укажите дату и место подачи заявления _____

Заявление. Приведенная выше информация, в меру моих знаний и убеждений, является полной, правильной и достоверной. Я даю согласие на предоставление всей информации, которая может понадобиться компании Optum Care Washington для принятия решения о том, имею ли я право на получение финансовой помощи в рамках программы помощи нуждающимся или любой другой программы медицинской помощи, финансируемой федеральным правительством или штатом (зависимым от штата). В эту информацию входит подтверждение моей зарплаты, остатки на банковских счетах, стоимость полиса страхования жизни, акций или облигаций, которыми я владею, а также стоимость недвижимого или личного имущества, которым я владею или которое приобретаю. Если меня направят в федеральную или финансируемую штатом программу оказания финансовой помощи по оплате медицинских расходов, я разрешаю компании Optum Care Washington предоставить и получить всю информацию, необходимую для определения соответствия критериям получения такого финансирования.

Подпись заявителя _____ Дата _____



Optum Care Washington

Optum Care Washington — это организация, принадлежащая врачам и возглавляемая ими, которая имеет все полномочия по принятию медицинских решений и уходу за пациентами силами своих врачей и других лицензированных специалистов. Компания Optum через свои управляющие организации («Optum») предоставляет неклинические административные услуги для поддержки клиник и их врачей. Ни компания Optum, ни ее управляющие организации не нанимают, не привлекают и не контролируют врачей или других лицензированных специалистов, не определяют и не устанавливают методы, стандарты или поведение в области медицинской практики или медицинского суждения или медицинского обслуживания, предоставляемого клиниками или любыми из их лицензированных специалистов.

Компания не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста и инвалидности при организации и проведении программ и мероприятий в области здравоохранения. Мы предоставляем бесплатные услуги, призванные помочь Вам общаться с нами. Например, мы переводим письма на другие языки, предоставляем информацию, набранную крупным шрифтом, а также услуги устного перевода. Чтобы обратиться за такой помощью, позвоните по телефону 1-425-382-4790 (линия ТТУ: 711) или 1-206-329-1777 (линия ТТУ: 711). ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-425-382-4790, TTY 711, o 1-206-329-1777, TTY 711. 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-425-382-4790, TTY 711，或 1-206-329-1777, TTY 711。

Optum является зарегистрированным товарным знаком компании Optum, Inc. в США и других странах. Все остальные названия продуктов являются собственностью своих владельцев. Поскольку компания Optum постоянно совершенствует свои страховые продукты и услуги, она оставляет за собой право изменять их характеристики без предварительного уведомления. Компания Optum обеспечивает равные возможности трудоустройства.