

Уважаемый пациент!

Прилагаем к этому письму бланк заявки на участие в программе Medical Hardship для Корпораций Northeast Hospital, которая управляет больницами Addison Gilbert Hospital и Beverly Hospital, каждая из которых является некоммерческой больницей неотложной помощи, и больницей BayRidge Hospital некоммерческой психиатрической больницей (вместе ННС). Вам нужно полностью ее заполнить и отправить вместе с другими необходимыми документами. Частично заполненные заявки могут быть отклонены.

Заявку следует отправить в течение 240 дней с момента получения первого счета-извещения за оказанные услуги, которые вы хотите оплатить за счет финансовой помощи.

В Northeast Hospital Corporation и его филиалах твердо убеждены в необходимости оказания финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в лечении, но не имеют полиса медицинского страхования, не застрахованы, застрахованы на недостаточную сумму, не соответствуют критериям для участия в государственных программах медицинского страхования или в силу иных причин не в состоянии оплатить необходимое им лечение ввиду затруднительного финансового положения.

Если у вас возникнут вопросы, свяжитесь с офисом финансовых консультаций по указанному ниже номеру.

Спасибо!

Financial Counseling Department  
Northeast Hospital Corporation  
85 Herrick Street  
Beverly, MA 01915  
978-922-3000

## Заявка на финансовую помощь по программе получения медицинской помощи

Заполняется печатными буквами

Текущая дата: \_\_\_\_\_ Номер соц. страхования: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Улица, дом

Квартира

Город

Штат

Индекс

Была ли у пациента мед. страховка или Medicaid на момент оказания мед. услуг? Да  Нет   
 Если «Да», приложите копию страховой карточки (лицевую и обратную сторону) и заполните следующие поля:

Название страховой компании: \_\_\_\_\_ Номер полиса: \_\_\_\_\_

Действителен с: \_\_\_\_\_ Телефон страховой компании: \_\_\_\_\_

*Примечание. В финансовой помощи по программе Medical Hardship может быть отказано, если у пациента имеется медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA), счет покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Account, HRA), сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA) или аналогичный фонд для оплаты семейных расходов на медицинские нужды. Перед получением финансовой помощи пациент должен провести платеж из любого учрежденного им фонда.*

**Чтобы подать заявку на участие в программе Medical Hardship, заполните следующее:**

Список членов семьи, включая пациента, его родителей, детей и/или братьев и сестер, кровных или приемных, не достигших 18-летнего возраста и проживающих с пациентом.

Член семьи	Возраст	Кем приходится пациенту	Источник дохода или имя / название работодателя	Совокупный доход за месяц
1.				
2.				
3.				
4.				

Кроме заполненного бланка заявки на финансовую помощь, вам необходимо будет прислать нам следующие документы:

- Текущая налоговая декларация (федеральная форма или форма декларации штата);
- Текущие формы W2 и/или формы 1099;
- Четыре последних квитанции о начислении зарплаты;
- Четыре последних выписки по сберегательному и/или текущему банковскому счету;

- Медицинские сберегательные счета
- Счета компенсации медицинских расходов
- Сберегательные счета на случай непредвиденных расходов
- Копии всех счетов за медицинские услуги.

Если вы не можете предоставить ничего из вышеперечисленного, свяжитесь с отделом финансовых консультаций по номеру (978)-922-3000, чтобы обсудить список альтернативных документов.

Составьте список всех задолженностей за медицинские услуги и предоставьте копии всех счетов за медицинские услуги за последние двенадцать месяцев:

Дата оказания услуг	Учреждение	Сумма задолженности
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Кратко опишите причину, по которой оплата вышеуказанных счетов за медицинские услуги представляется вам затруднительной:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), подтверждаю, что, насколько мне известно, вся указанная в этой заявке информация достоверна.

Подпись соискателя: \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Заполненная заявка будет рассмотрена на предмет соответствия соискателя критериям программы в течение 30 дней с момента получения.

Если пациент соответствует критериям, финансовая помощь будет предоставляться ему в течение шести месяцев с момента одобрения заявки в следующих филиалах Beth Israel Lahey Health (как указано в Приложении 5 соответствующей Политики финансовой помощи):

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Только для персонала.	
Заявка получена от:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>