Заявление на получение финансовой помощи

Идентификационный номер/номер MRN поручителя: _____

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Улица Город Штат Почтовый индекс

Номер телефона: (Н) _____ (С) _____ Лучшее время для звонка? _____

☐ **Я подтверждаю, что являюсь членом анабаптистской группы, чьи устоявшиеся убеждения запрещают участие в программе Medicaid или подачу заявки на нее.**

У вас есть план совместного использования? Да ☐ Нет ☐

Название плана: _____ **Процент оплаты:** _____

Имя диакона: _____ **Номер телефона:** _____

Конференция/Церковная группа: _____

Члены семьи – (Включать только лиц, указанных в последней годовой налоговой декларации. Если в семье более семи человек, пожалуйста, добавьте дополнительных членов на странице 2 заявления.)

Фамилия, имя:	Степень родства	Дата рождения
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Ежемесячный валовой доход, получаемый от ВСЕХ членов семьи, перечисленных выше: Заработная плата (до вычета налогов): _____
Доход от социального обеспечения: _____
Пособие по безработице/компенсация за производственную травму: _____
Льготы Администрации по делам ветеранов (VA): _____

Пенсии/Аннуитеты: _____
Денежная помощь: _____
Алименты на ребенка: _____ **Алименты супругу/супруге:** _____
Неполученный доход (трасты, проценты, арендная плата, пособия по инвалидности): _____

Ресурсы домохозяйств, подлежащие учету: Пожалуйста, перечислите доступные счета и ликвидные активы вашей семьи. Ликвидным активом считаются наличные деньги или любой другой оборотный актив, который может быть быстро и легко конвертирован в наличные. Не включайте в список свой дом, предметы домашнего обихода, транспортные средства, счета IRA, счета 401(K) и другие неликвидные активы.

Проверка: _____
Сбережения: _____
Счет медицинских сбережений (HSA)/ (HRA): _____
Рождественский/отпускной клуб: _____

Акции/Облигации/Паевые инвестиционные фонды/Денежный рынок: _____
Депозитный сертификат: _____
Сберегательные облигации США: _____
Целевой фонд: _____

Сервисы мобильных приложений (PayPal, Cash App, Venmo, Apple Pay и т. д.) _____
Другое (пожалуйста, уточните): _____

К заявлению необходимо приложить справку о доходах и ресурсах (пожалуйста, приложите следующие документы, если применимо):

☐Да ☐ Нет Последняя полная федеральная налоговая декларация. Личные и/или деловые (прибыль и убытки).
☐Да ☐ Нет Текущие/последовательные расчетные листки за последние 30 дней для каждого работающего заявителя в домохозяйстве.
☐Да ☐ Нет Письма о назначении выплат, подтверждающие поступление средств по социальному обеспечению, другим пособиям по инвалидности, пенсиям, компенсациям за производственные травмы или пособиям по безработице.
☐Да ☐ Нет Документы, подтверждающие право на содержание ребенка/алиментов
☐Да ☐ Нет 3 Текущие/последовательные выписки по всем членам семьи, включая расчетный/сберегательный счет/PayPal/мобильное приложение, все страницы. Если вы являетесь самозанятым, предоставьте 6 текущих/последовательных банковских выписок, все личные и все деловые.
☐Да ☐ Нет Письменное объяснение всех депозитов свыше 100 долларов на банковских счетах (за исключением прямых депозитов и взносов в систему социального обеспечения)
☐Да ☐ Нет Проверка поддающихся подсчету ресурсов
☐Да ☐ Нет Если у домохозяйства нет дохода, требуются письма от лиц, оказывающих помощь в повседневной жизни, с объяснением оказываемой ими помощи.
☐Да ☐ По дтверждение всех ежемесячных расходов для заявителей, имеющих право на получение медицинской помощи по программе Medicare.

У вас есть медицинская страховка? Да ☐ Нет ☐ **Если нет, то почему?** _____

Вы подавали заявку на получение медицинской помощи? Да ☐ Нет ☐ **Если да, пожалуйста, приложите уведомление**

Вы подавали заявку на получение доступного медицинского страхования в рамках Закона о доступном медицинском обслуживании (ACA)? Да – Нет. **Если да, пожалуйста, приложите уведомление.**

Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и точной. Я понимаю, что любая ложная информация или неполная информация могут быть использованы не по назначению.

Предоставление некорректной информации аннулирует данную заявку. Данная информация предназначена исключительно для квалификационных целей. Я также понимаю, что эта информация может быть передана моему общинному диакону, если это применимо. Для обработки вашей заявки нам необходима подтверждающая информация о доходах. Мы будем сотрудничать с вами, чтобы оценить вашу пригодность для участия в программе на основе информации, предоставленной WellSpan Health. Заявители понимают, что если у них есть план совместного использования средств, рассмотрение данной заявки будет приостановлено до тех пор, пока мы не получим оплату из той части суммы, которая предусмотрена этим планом. После получения оплаты мы перейдем к рассмотрению и утверждению оставшейся суммы, подлежащей оплате пациентом. Вы можете продолжать получать счета до тех пор, пока мы не получим от вас подтверждающие документы для завершения оформления вашей заявки.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Отправьте заполненное и подписанное заявление вместе со всеми необходимыми документами и/или задайте любые вопросы, касающиеся процесса подачи заявления:

Телефон: 717-851-5051 Понедельник – пятница 8:00–16:00
Факс: 717-851-3100
Электронная почта: WSHFinancialAssistance@wellspan.org
Почта: Почтовый ящик 20607, Йорк, Пенсильвания 17402

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА (Продолжение с 1 страницы при необходимости)

Члены семьи – (Включать только лиц, указанных в последней годовой налоговой декларации. Если в семье более семи человек, пожалуйста, добавьте дополнительных членов на странице 2 заявления.)

Имя:	Степень родства	Дата рождения

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group

York County
1001 S George St.
PO Box 15198
York, PA 17403
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Evangelical Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Gettysburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717)851-5051 (телефон)
(717)851-3100 (факс)
Понедельник – пятница, с 8:00 до 16:00.