

Важная информация: **Вы можете получить бесплатное или льготное обслуживание. Заполнение этой заявки поможет Advocate Health Care определить, имеете ли Вы право на получение бесплатных или льготных услуг Advocate и имеете ли Вы право на участие в государственных программах, которые могут помочь в оплате Вашего медицинского обслуживания. Если Вы не застрахованы, для получения бесплатного или льготного обслуживания от Advocate номер социального страхования не требуется. Тем не менее, номер социального страхования требуется для некоторых государственных программ, в том числе Medicaid. Предоставлять номер социального страхования в этой заявке не обязательно, однако он поможет Advocate определить, имеете ли Вы право на участие в каких-либо программах социального обеспечения.

Пожалуйста, заполните эту заявку как можно скорее после даты вручения для установления Advocate Health Care Вашего потенциального права на получение финансовой помощи. Мы примем Вашу заявку в срок до 240 дней после даты первого платежного документа за оказание медицинской помощи.

Для целей данной заявки Advocate Health Care определяет семью как пациента, супруга пациента / партнера пациента по гражданскому браку, родителей или опекунов пациента (в случае с несовершеннолетним пациентом) и любых иждивенцев, заявленных в налоговой декларации по налогу на доходы физических лиц пациента или родителя и проживающих в доме пациента, его родителей или опекунов.

ИНСТРУКЦИИ: Заполните заявку полностью и подпишите заверение заявки для подтверждения информации.				
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ				
Адрес электронной почты				Количество членов семьи (включая пациента)
Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Номер социального страхования
Улица	Квартира №	Город	Штат	Почтовый код
Работодатель				Адрес
Город				Штат
Почтовый код			Совокупный месячный доход	Номер домашнего телефона
Имеете ли Вы страховое покрытие или право на какой-либо полис медицинского страхования, включая страховое покрытие за рубежом, Marketplace, COBRA, пособия ветеранам, Medicaid или Medicare? <input type="checkbox"/> Да (просьба предоставить информацию ниже) <input type="checkbox"/> Нет, медицинская страховка не предоставляется / отсутствует				
Застрахованное лицо:		Страховщик:		Номер страхового полиса:
Застрахованное лицо:		Страховщик:		Номер страхового полиса:
Вы были жителем Иллинойса на момент оказания медицинской помощи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Вы подали заявку на участие в программе Medicaid? (мы можем предъявить такое требование) несоответствие критериям <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да — ожидаю одобрения <input type="checkbox"/> Да —				
Связано ли предоставленное лечение с одним из следующих событий? <input type="checkbox"/> Несчастный случай <input type="checkbox"/> Преступление <input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте <input type="checkbox"/> Другое:				
Вы предъявляете иск об ответственности перед третьими лицами (автострахование, страхование от несчастного случая на производстве и т. д.)? <input type="checkbox"/> Да (просьба предоставить информацию ниже) <input type="checkbox"/> Нет				
Имя адвоката: _____		Номер телефона адвоката: _____		
СУПРУГ/ГАРАНТ ИЛИ РОДИТЕЛЬ (-И) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО			Степень родства с пациентом	Дата рождения
Адрес электронной почты				Номер социального страхования
Фамилия	Имя	Отчество		Номер домашнего телефона
Работодатель				Адрес
Город				Штат
Почтовый код			Совокупный месячный доход	Номер рабочего телефона
ЗАВИСИМЫЕ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИЕ ЛИЦА				
Имя	Возраст		Степень родства	

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПО ПОВОДУ БОЛЬНИЦЫ

Укажите в какой больнице у вас есть запись на прием (или где он, скорее всего, будет)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Christ Medical Center | <input type="checkbox"/> Lutheran General Hospital |
| <input type="checkbox"/> Condell Medical Center | <input type="checkbox"/> Sherman Hospital |
| <input type="checkbox"/> Good Samaritan Hospital | <input type="checkbox"/> South Suburban Hospital |
| <input type="checkbox"/> Good Shepherd Hospital | <input type="checkbox"/> Trinity Hospital |
| <input type="checkbox"/> Illinois Masonic Medical Center | <input type="checkbox"/> Advocate Children's Hospital |

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ

Незастрахованные пациенты, которые могут доказать, что отвечают одному из критериев предварительного соответствия, приведенных ниже, самостоятельно или на основании льгот, предоставляемых их семье, автоматически получают право на получение бесплатной медицинской помощи и не нуждаются в предоставлении информации о доходах, активах или расходах*. Advocate, когда это возможно, проверяет соответствие требованиям в электронном виде, но может потребовать, чтобы Вы оказали нам помощь в подтверждении Вашего соответствия критериям.

* пациенту все равно требуется подписать заверение заявки

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC) | <input type="checkbox"/> Американская программа льготной покупки продуктов (SNAP) | <input type="checkbox"/> Программа бесплатных завтраков и обедов в штате Иллинойс |
| <input type="checkbox"/> Заключенный | <input type="checkbox"/> Без постоянного места жительства | <input type="checkbox"/> Безвозмездная помощь для получения медицинских услуг |
| <input type="checkbox"/> Умерший, у которого нет правопреемников | <input type="checkbox"/> TANF: Временная помощь нуждающимся семьям | <input type="checkbox"/> LIHEAP: Программа энергетической помощи для семей с низкими доходами |
| <input type="checkbox"/> Программа медицинской помощи по месту жительства | <input type="checkbox"/> Ограничение недееспособности, при отсутствии лица, которое может действовать от имени пациента | <input type="checkbox"/> Программа поддержки арендного жилого фонда Управления жилищного строительства Иллинойса |
| <input type="checkbox"/> Принадлежность к религиозному ордену и клятва бедности | <input type="checkbox"/> Соответствие критериям программы Medicaid, но не на дату медицинского обслуживания или для непокрываемых услуг | <input type="checkbox"/> Необходимая информация на основании устного обследования |

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ И АКТИВАХ

Пожалуйста, предоставьте один или несколько из следующих документов для каждого работающего члена семьи и подпишите заявление ниже:

- | | |
|--|---|
| 1. Копия последней справки о начислении заработной платы | 4. Справка от Вашего работодателя, если Вы получаете оплату наличными |
| 2. Копия последних форм W-2 и 1099 | 5. Любое другое подтверждение Вашего дохода от третьего лица (включая письма о назначении пособия, справки о выплате пособия, распоряжения суда и т. д....) |
| 3. Копия последней налоговой декларации | |

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА

 Если Вы не можете предоставить какую-либо документацию, касающуюся вашего дохода, заполните приведенное ниже заявление:
 Я, _____ (имя), заявляю, что у меня нет документов, подтверждающих ежемесячный доход моей семьи в размере _____ долл. США.

Получено от:	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Получено от:	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____

ДРУГОЙ ДОХОД

В дополнение к доходу от трудовой деятельности Вы можете получать доход или поддержку из другого источника (например, социальное обеспечение, пособие по инвалидности, пособие на ребенка, алименты, пособие по безработице или страхование от несчастного случая на производстве, пенсия ветерана или пенсия по инвалидности, пособие по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям, пенсионный доход или другие доходы). Пожалуйста, укажите источник и сумму дохода.

БАНКОВСКИЕ СЧЕТА/ИНВЕСТИЦИИ/АКТИВЫ Пожалуйста, укажите общий остаток на счете по следующим позициям.

Расчетный счет/сберегательный счет/счет кредитного союза:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д
Другие инвестиции (облигации, акции и т. д., за исключением индивидуальных пенсионных счетов и/или пенсионных счетов):	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д
Медицинский сберегательный счет или план сбережений на случай непредвиденных расходов	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д
Автомобили или другие транспортные средства	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д

ИМУЩЕСТВО		
Пожалуйста, предоставьте информацию о любом имуществе (зданиях и/или земельных участках), которое Вам принадлежит, кроме Вашего основного места жительства.		
Какова стоимость всех зданий и земельных участков за вычетом суммы, причитающейся за имущество?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д
Используется ли эта собственность в качестве источника дохода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Какова стоимость земельного участка (без зданий) за вычетом суммы, причитающейся за имущество?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Н/Д
Используется ли эта собственность в качестве источника дохода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

ИНФОРМАЦИЯ О ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ РАСХОДАХ		
Пожалуйста, перечислите Ваши ежемесячные расходы ниже. Эта информация может помочь Advocate принять решение в отношении Вашей заявки, например, неоплаченные счета на большую сумму могут свидетельствовать о финансовых затруднениях. Вы можете предоставить копии документов, подтверждающих расходы (например, телефонные счета, счета за электроэнергию, медицинские счета, банковские или чековые выписки и т. д.), вместе с Вашей заявкой.		
Жилье/ипотека/аренда	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Коммунальные услуги (электричество, отопление/охлаждение, водоснабжение и т. д.)	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Еда	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Передвижение	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Медицинская помощь зависимым лицам	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Кредиты	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Медицинские расходы	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____
Прочие расходы	Сумма: \$ _____	Частота: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> другое: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (необязательно)			
Следующая информация используется исключительно для статистики. Следующие вопросы являются НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ , и ответы пациента или их отсутствие никоим образом не повлияют на результат рассмотрения заявки.			
Расовая принадлежность заявителя	Этническая группа заявителя	Пол заявителя	Предпочитаемый язык заявителя
<input type="checkbox"/> Из американских индейцев или коренных жителей Аляски <input type="checkbox"/> Азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Черный(-ая)/афроамериканец(-ка) <input type="checkbox"/> Из коренных гавайцев <input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Представитель(-ница) европеоидной расы <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Испанского или латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Не испанского или латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина	<input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Арабский <input type="checkbox"/> Корейский <input type="checkbox"/> Польский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Упрощенный китайский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Другое

Заверение заявки: Я подтверждаю, что информация, приведенная в этой заявке, является верной и точной, насколько мне известно. Я подаю заявку на получение любой помощи штата, федеральной или местной помощи, на которую я могу иметь право и которую могу использовать для оплаты этого больничного счета. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена Advocate Health Care, и я разрешаю Advocate Health Care связаться с третьими лицами для проверки точности информации, представленной в этой заявке. Я понимаю, что, если я умышленно предоставляю неверную информацию в этой заявке, я не буду иметь права на финансовую помощь Advocate, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть аннулирована и я буду нести ответственность за оплату больничного счета. Пациент признает, что он честно предпринял попытку предоставить всю информацию, запрошенную в заявке, чтобы помочь больнице определить, имеет ли пациент право на финансовую помощь.

Подпись заявителя: _____

Дата: _____

Заполните следующую форму, если Вы зависите от другого лица с точки зрения ежедневных расходов на проживание:
ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДДЕРЖКЕ

заполняется лицом, оказывающим помощь пациенту и/или его семье

Имя пациента: _____

Имя лица, обеспечивающего потребности пациента: _____

 Адрес указанного выше лица: _____

Номер телефона: Домашний: _____ Мобильный: _____

Степень родства с пациентом: _____

Я оказываю финансовую помощь пациенту с _____ до _____

Я предоставил:

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Комната с питанием (проживание и питание) | <input type="checkbox"/> Одежда | <input type="checkbox"/> Платежи за ежемесячные расходы |
| <input type="checkbox"/> Траты на школу | <input type="checkbox"/> Лекарства | <input type="checkbox"/> Транспортные расходы: автокредит, автострахование, бензин и др. |
| <input type="checkbox"/> Другое, пожалуйста, опишите: _____ | | |

Я могу продолжать предоставлять вышеуказанную помощь указанному лицу, но не могу оплатить его медицинские расходы.

 Подпись лица, оказывающего помощь

 Дата

Подать заполненные заявки до:	Нужна помощь? Мы можем помочь.
Отправьте письмо по адресу: Advocate Health Care P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908; Факс: (630) 645-4691; Электронная почта: SRCO-FinancialAssistance@aah.org; или доставьте его консультанту пациента по финансовым вопросам	Позвоните по номеру (847) 795-2300 или посетите консультанта пациента по финансовым вопросам

По поводу жалоб или опасений в связи с процессом подачи заявления на получение скидки для незастрахованных пациентов, обращайтесь в Бюро здравоохранения Генерального прокурора штата Иллинойс (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General). Вы можете связаться с ними по телефону 1-877-305-5145.