

Boston Children's Hospital («Больница») и ее Врачебные фонды (Physician Foundation) («Фонды») стремятся оказывать помощь детям, нуждающимся в лечении, независимо от их платежеспособности. Настоящее Заявление на получение финансовой помощи (Financial Assistance Application) используется для оценки возможности оказания содействия в оплате всех услуг экстренной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг, предоставляемых Больницей и Фондами. Просим распечатать это Заявление и заполнить все соответствующие пункты.

Больница и Фонды оказывают содействие пациентам, обращающимся за государственной помощью (например, Medicaid, Commonwealth Care и Health Safety Net). Отказ обратиться за государственной помощью, на которую, возможно, вы имеете право, может привести к тому, что Больница и Фонды отклонят ваше заявление на финансовую помощь.

С любыми вопросами, связанными с заполнением данного заявления, обращайтесь в Отдел финансовых консультаций (Financial Counseling Unit) Департамента финансовых услуг для пациентов (Patient Financial Services Department): приходите в Больницу по адресу 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115 или звоните по номеру (617) 355-7201.

Заполненные заявления следует отправлять по адресу:

**Boston Children's Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160.1/160.2
Boston, MA, 02115**

1. Информация о заявителе

Примечание 1: Заявитель — это лицо, которое подает заявление.

Имя и фамилия заявителя (имя, среднее имя, фамилия)	
Кем заявитель приходится пациенту	
Номер медицинской карты пациента в Boston Children's Hospital	
Дата (даты) оказания услуги, по поводу которой подается заявление на финансовую помощь	
Номер(а) лицевого счета для предоставления финансовой помощи	
Запрашиваемая сумма в долларах	

2. Информация о пациенте и его гаранте

Примечание 2: Пациент — это лицо, на которое оформляется заявление; лицо, которое получило/получает медицинскую помощь.

Примечание 3: Гарант пациента — это лицо, которое несет финансовую ответственность за оплату выставленного счета.

Имя и фамилия пациента (имя, среднее имя, фамилия)	
Дата рождения пациента	

Номер социального обеспечения пациента (если он присвоен)	
Адрес пациента	Собственное жилье <input type="checkbox"/> Аренда <input type="checkbox"/> Неприменимо <input type="checkbox"/>
Номер телефона пациента	
Имя и фамилия гаранта пациента	
Адрес гаранта пациента	
Кем гарант приходится пациенту	
Место работы гаранта пациента	
Адрес места работы гаранта пациента	

- Приложите подтверждение места жительства: водительское удостоверение, ипотечную декларацию, договор аренды, счет на оплату налога, счет за электричество, счет за коммунальные услуги или счет за телефон.

Подавал ли пациент заявление на государственную помощь, такую как Medicaid, Commonwealth Care или Health Safety Net?

Да Нет Неизвестно Результаты _____

Если пациент получал государственную помощь в дату оказания услуги, предоставьте вместе с заявлением информацию о государственной помощи. Если в предоставлении государственной помощи было ранее отказано, предоставьте информацию об отказе.

Была ли у пациента медицинская страховка в дату оказания услуги?

Да Нет Неизвестно Результаты _____

Если на дату оказания услуги у пациента имелась медицинская страховка, предоставьте вместе с заявлением информацию о страховании.

Был ли пациент участником незаконченного судебного дела, недостигнутого мирового соглашения или неурегулированной претензии по страхованию гражданской ответственности на дату оказания услуги?

Да Нет Неизвестно Результаты _____

Если пациент был участником незаконченного судебного дела, недостигнутого мирового соглашения или неурегулированной претензии по страхованию гражданской ответственности, предоставьте вместе с заявлением информацию об их статусе.

3. Информация о семье

Больница определяет соответствие критериям участия в программах финансовой помощи, исходя из дохода семьи. Размеры скидок определяются с учетом федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines, FPG). Укажите ниже имена пациента, его родителя (родителей) и опекуна (опекунов) (независимо от того, проживают ли они с пациентом). Укажите также всех членов семьи пациента, проживающих с пациентом, включая проживающих вместе с ним его братьев и сестер, не достигших 18 лет. Если пациент состоит в браке, укажите его супруга (супругу). Если количество членов семьи больше шести, приложите дополнительный лист.

Количество членов семьи				
№	Имя и фамилия члена семьи (имя, среднее имя, фамилия)	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Возраст
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Доход семьи

Укажите весь валовой доход семьи за 6 и 12 месяцев до даты оказания услуги, к которой относится этот запрос на финансовую помощь. Валовой доход семьи определяется до налогообложения и включает в себя заработную плату, пособие по безработице, компенсацию в связи с производственной травмой или профзаболеванием и ряд других видов дохода. В сумму дохода семьи включается доход пациента, его родителя (родителей) и опекуна (опекунов) (независимо от того, проживают ли они с пациентом), а также проживающих с пациентом его братьев и сестер, не достигших 18 лет. Если пациент состоит в браке, в доход семьи необходимо включить доход супруга (супруги) пациента. Для каждого вида дохода можно указать несколько источников.

Вид дохода семьи	Источник(и) дохода члена (членов) семьи	Последние 6 месяцев Валовая сумма в долларах	Последние 12 месяцев Валовая сумма в долларах
Заработная плата			
Пособие по безработице			
Компенсация в связи с производственной травмой или профзаболеванием			
Государственная помощь			
Пенсия			
Сдача недвижимости в аренду			
Пособие по инвалидности			
Алименты на ребенка (если не указаны в заработной плате)			
Алименты на содержание бывшего супруга (супруги) (если не указано в заработной плате)			
Социальное обеспечение			
Дивиденды / проценты / роялти			
Другое			
Итого			

- Приложите документы в подтверждение дохода, в том числе либо налоговые декларации за прошлый год, формы W2 за прошлый год, 4 недавних квитанции о начислении заработной платы либо письменную справку работодателя о заработной плате, чек социального обеспечения, чек на получение пособия по нетрудоспособности либо подписанное официальное заявление об отсутствии дохода.

5. Подтверждение и подпись

Прошу администрацию Больницы принять решение о соответствии критериям оказания финансовой помощи. Я понимаю, что эта информация является конфиденциальной и подлежит проверке администрацией Больницы. Я также понимаю, что, если предоставленная мной информация является недостоверной, мне, возможно, будет отказано в финансовой помощи и потребуются оплатить услуги, оказанные Больницей и Фондом. Настоящим я заверяю, что, насколько мне известно, данная информация является полной и точной и что я понимаю суть процесса и свои обязанности.

Имя и фамилия заявителя (имя, среднее имя, фамилия)	
Подпись	Дата