

Заявление на получение финансовой помощи от учреждений, зарегистрированных в Колорадо и Монтане

Контактная информация для отправки
заявления

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: 500 E

Dorado Blvd Ste 4300

Broomfield, Co 80021

ФАКС: 303-272-0931

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА:

Peaks_financialassistanceapps@imail.org

Инструкции по заполнению формы

Форма должна быть заполнена полностью, и к ней необходимо приложить все обязательные документы. Форму с документами следует направить в медицинское учреждение Intermountain, где Вам была оказана помощь, либо одним из вышеуказанных способов. Подать заявление можно также онлайн через платформу MyChart. В случае неполного заполнения формы или отсутствия необходимых документов финансовая помощь предоставлена не будет.

Пожалуйста, предоставьте следующие документы:

1. подписанное заявление на получение финансовой помощи (необходимо заполнить все поля и указать дату);
2. подтверждение текущего дохода домохозяйства (см. ниже).

Номер счета _____ Количество человек в домохозяйстве _____ Статус бездомного(-ой) _____ В каком штате Вы проживаете? _____
Да _____ Нет _____

Имя и фамилия _____ Номер социального страхования _____ Дата _____
Дата _____

Семейное положение: _____ Эл. почта: _____ Тел.: _____

Адрес _____ Город/округ _____ Штат _____ Индекс _____

Данные работодателя _____ Рабочий телефон _____

Стаж работы у текущего работодателя: _____ лет _____ месяцев

Частота выплат (отметить нужное): еженедельно _____ раз в две недели _____ два раза в месяц _____ Каждый месяц _____

Срок проживания по текущему адресу: _____ лет _____ месяца (месяцев) Если Вы проживаете по этому адресу **менее трех месяцев**, укажите предыдущий адрес:

Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	С (месяц/год)	По (месяц/год)

Имя и фамилия супруга (супруги) _____ Номер социального страхования супруга (супруги) _____ Дата рождения супруга (супруги) _____

Домашний телефон супруга (супруги) _____ Мобильный телефон супруга (супруги) _____

Название/имя и фамилия работодателя супруга (супруги) _____

Рабочий телефон _____ Стаж работы у текущего работодателя:

_____ лет _____ месяцев

Частота выплат (отметить нужное): еженедельно _____ раз в две недели _____ два раза в месяц _____ раз в месяц _____

Другие члены домохозяйства/иждивенцы. Если применимо, укажите еще не родившегося ребенка. Информацию о других иждивенцах следует указывать на отдельном листе. (Число членов домохозяйства должно соответствовать вышеуказанному значению)

Имя и фамилия	Дата рождения	Номер социального страхования	Кем приходится пациенту

--	--	--	--

Текущий ежемесячный валовый доход домохозяйства

Тип	Сумма на пациента	Сумма на супруга (супругу)	Другие совершеннолетние члены домохозяйства	Тип требуемого подтверждения дохода
Заработная плата (до вычета налогов)	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия последнего расчетного листа или письмо от работодателя(-ей) с указанием дохода за текущий или предыдущий месяц
Доход от самозанятости (до вычета налогов)	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Отчет о доходах и расходах либо бухгалтерские книги за текущий или предыдущий месяц Текущая налоговая декларация (если применимо)
Пенсия, доход от социального обеспечения	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия(-и) <u>последнего(-их)</u> уведомления(-й) о начислении выплат, выписок о пенсионных выплатах, выплатах с пенсионных счетов или других документов, подтверждающих ежемесячный доход
Пособие по безработице, пособие по нетрудоспособности и т. д.	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Копия(-и) <u>последнего(-их)</u> уведомления(-й) о начислении выплат
Другие источники дохода (укажите): _____	Долл. США	Долл. США	Долл. США	Примеры: чаевые, бонусы, комиссионные

Дополнительные вопросы Ответы на эти вопросы позволят избежать задержек в обработке Вашего заявления, обусловленных запросом дополнительной информации.

	Да	Нет
Получаете ли Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства какую-либо помощь от государства (например, продовольственные талоны, помощь по программе дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (WIC), бесплатные или льготные школьные обеды)?	☐	☐
Получаете ли Вы в настоящее время или планируете получать в будущем какую-либо медицинскую помощь в Intermountain Health Cancer Center?	☐	☐
Имеется ли у Вас или кого-либо из членов Вашего домохозяйства медицинская страховка?	☐ Если да, укажите страховую компанию: _____ _____	☐

Подавали ли Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства заявку на регистрацию в программах Medicaid, Medicare, CHIP или CHIP+? <i>Если заявка была отклонена, приложите письмо с информацией об отказе.</i>	☐ Если да, укажите дату подачи: _____	☐
Относятся ли счета, выставленные Вам нашими учреждениями, к медицинским услугам, оказанным в результате дорожно-транспортного происшествия или несчастного случая на производстве?	☐ Если да, укажите страховую компанию: _____	☐
Являетесь ли Вы участником программы медицинского страхования Health Share или программы совместной оплаты медицинских услуг?	☐ Если да, укажите сведения о совместной оплате расходов (EOS) _____	☐
Есть ли в Вашем домохозяйстве беременные?	☐ Кто из женщин в домохозяйстве ожидает ребенка? _____ Укажите предполагаемую дату родов: _____	☐
Только для жителей штата Колорадо		
Оказываете ли Вы финансовую поддержку (оплата 50% или более расходов) человеку, который не проживает в Вашем доме, но должен быть учтен при подсчете количества членов домохозяйства (такое лицо может проживать за пределами штата или страны)?	☐	☐

Мы просим пациентов, подающих заявки на получение финансовой помощи, также искать другие источники финансирования. Выберите вариант ответа: «да» или «нет».

- Компенсирует ли Вам работодатель расходы, связанные с невозмещаемым минимумом (франшизой) или медицинским обслуживанием? ____ Да ____ Нет
- Подавали ли Вы заявку на участие в других программах государственной помощи, например, предусматривающих выплаты жертвам преступлений? ____Да ____ Нет

При необходимости используйте свободное поле ниже для разъяснения причин запроса финансовой помощи. Если Вам требуется дополнительное место, Вы можете изложить информацию на отдельном листе. Может потребоваться дополнительная проверка.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является достоверной и точной. Я понимаю, что в случае предоставления мной ложных сведений мое заявление в организацию Intermountain Health будет отклонено, а будущие запросы на получение финансовой помощи могут быть аннулированы.

Я понимаю, что Intermountain Health требует подтверждения доходов перед принятием решения о выделении финансовой помощи.

Контрольный список действий, которые требуются для подачи заявления

☐ Заявление на получение финансовой помощи заполнено в полном объеме, подписано, и в нем указана дата. ☐ Доход домохозяйства подтвержден.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge.
Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجاناً المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननि: शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के निः स्टाफ से नमि।	नहन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata 'a 'ia fakaefetu'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt



A-AM-8487-0225