



Департамент общественного здравоохранения
города Сан-Франциско
Больница общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско
Общественные пункты
первичной медицинской помощи
Больница и реабилитационный центр
Laguna Honda
Отделение общественного здравоохранения
Услуги в области психического здоровья

ПРОГРАММЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПЛАТЕЖНЫХ СКИДОК

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗАЯВИТЕЛИ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ УКАЗАННЫМ ДАЛЕЕ КРИТЕРИЯМ, ЧТОБЫ ПОДЛЕЖАТЬ РАССМОТРЕНИЮ ДЛЯ

УЧАСТИЯ В ПРОГРАММАХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ПЛАТЕЖНЫХ СКИДОК

- Должно действовать в течение одного года с даты оказания услуг.
- Не должны иметь права на государственные/негосударственные выплаты или уже получать такие выплаты.
- Не должны нести ответственность перед третьими лицами.
- Должны подать заявление на получение услуг, предоставляемых Больницей общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско, общественными пунктами первичной медицинской помощи, больницей Laguna Honda, отделением общественного здравоохранения или услуги в области психического здоровья.
- Должны подать заявку на услуги, на которые еще не была предоставлена скидка.
- Должны предоставить справки о начислении заработной платы за последний квартал или выписку из налоговой декларации за последний год.
- Для участия в программе благотворительной помощи общий семейный доход должен составлять 500 % или ниже от прожиточного минимума согласно федеральным директивам.
- Для участия в программе благотворительной помощи должны предоставить подтверждение наличия соответствующих ликвидных активов.
- Пациенты или подписчики, получающие страховые выплаты за полученные услуги, должны передать платежи в сеть учреждений здравоохранения Сан-Франциско, чтобы иметь право на финансовую помощь.

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

- Заполнить и подписать заявление.
- Подать заявление и подтверждающие документы.

Для получения услуг в больнице и клинике отправьте заявление и подтверждающие документы по адресу:

Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center
Admissions and Eligibility Department
375 Laguna Honda Blvd, Rm PG 123
San Francisco, CA 94116

Для получения помощи позвоните в отдел финансовой помощи пациентам по телефону (415)682-5683.



Для получения услуг в сфере психического здоровья отправьте заявление и подтверждающие документы по адресу:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

Для получения помощи позвоните в отдел обслуживания участников программы предоставления услуг в области психического здоровья по телефону (888) 246-3333.



ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Номер медицинской карты:

**ПОСТОЯННЫЙ АДРЕС
ПРОЖИВАНИЯ**

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (если применимо)

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ И ОТБОР

Каково Ваше семейное положение?

 Женат/замужем Одинокий/одинокая Вдовец/вдова
 Разведен/а В гражданском браке отделены

У Вас есть медицинская страховка?

 Да Нет
Если «да», укажите:**Предоставьте карту страхования.**

Признаны ли Вы нетрудоспособным на период, который предположительно продлится 12 месяцев?

 Да Нет

Есть ли у Вас ожидающее рассмотрения заявление на участие в программе Medi-Cal?

 Да Нет

Были ли Вы беременны в день оказания услуги?

 Да Нет Не применимо

Размер семьи (я, муж/жена и дети младше 21 года)

Количество _____

Общая сумма ежемесячного совокупного семейного дохода на момент подачи заявления:

\$ _____

Предоставьте справки о начислении заработной платы за последний квартал (3 месяца) или налоговую декларацию за последний год.Общая сумма активов на момент подачи заявления (**исключая** пенсионный план и план с отсрочкой выплат компенсации):

\$ _____

Предоставьте финансовую отчетность за последний квартал (3 месяца) на момент подачи заявления.

Укажите все типы имеющихся счетов активов:

- Чеки Сбережения Денежный рынок
 Депозитный сертификат Брокерские услуги
 Взаимный фонд

Предоставьте выписки по всем имеющимся счетам активов.

Информация о
заявлении

Я заявляю, что, насколько мне известно, данные мной ответы являются достоверными и правильными. Я не застрахован (-а) или застрахован (-а) недостаточно и не несу ответственности перед третьими лицами. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет проверяться. Я понимаю, что информация будет использоваться для отбора на соответствие критериям для участия в различных федеральных, государственных и окружных программах. Я понимаю, что, если предоставленная мной информация окажется ложной, я буду нести ответственность за оплату полной суммы за медицинские услуги, полученные в Больнице общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско и специализированных амбулаторных клиниках, общественных пунктах первичной медицинской помощи, больнице Laguna Honda, отделении общественного здравоохранения, или услуги в области психического здоровья.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ДАТА:

ДОКУМЕНТЫ НА РАССМОТРЕНИИ — 30-ДНЕВНЫЙ СРОК ДЛЯ ПОДАЧИ

- Справки о начислении заработной платы за 3 месяца или недавние налоговые декларации Выписки из банковских счетов за 3 месяца

Комментарии:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОГО, В КАКОЙ ОТДЕЛ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА

Программа благотворительности Соответствует Не соответствует

Программа скидок Соответствует Не соответствует

Причины отказа:

- Несоответствие требованиям Доход больше 500 % от прожиточного минимума согласно федеральным директивам (Federal poverty level, FPL)
- Застрахованы и получают государственные или негосударственные платежи По полученным услугам уже предоставлена скидка
- Услуги предоставлялись не в Больнице общего профиля имени Цукерберга города Сан-Франциско (Laguna Honda Hospital)
- Больше 30 дней — не предоставлено запрошенное подтверждение
- Другое (уточните) _____

Определение соответствия проводил (-а):

Ф. И. О. печатными буквами:

Подпись:

Дата:

Дата отправки пациенту для окончательного определения: Инициалы финансового советника:

копия: копия, отправленная пациенту



Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Номер медицинской карты:

**ПРОЦЕСС АПЕЛЛЯЦИИ ДЛЯ ОТКЛОНЕННЫХ
ЗАЯВЛЕНИЙ**

Определение • Апелляции

Если Вы были признаны кандидатом, не соответствующим критериям участия в программах благотворительной помощи и платежных скидок, и желаете подать апелляцию на право на участие, у Вас есть **15 рабочих дней** от даты определения Вашего соответствия, чтобы подать апелляцию. Просим предоставить копию этого заполненного заявления вместе с приведенным ниже письменным заявлением о причине Вашей апелляции по одному из указанных далее адресов.

Для отклоненных заявлений на получение услуг больницы и клиники: менеджер финансовой помощи пациентам (Patient Financial Assistance Manager), Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110

Patient Access Manager, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, 375 Laguna Honda Blvd, RM PG123, San Francisco, CA 94116

Для отклоненных заявлений на получение услуг в области психического здоровья: BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

Дата:

Причина апелляции • Решение по апелляции

Причина подачи апелляции**РЕШЕНИЕ ПО
АПЕЛЛЯЦИИ****Программа
благотворительности** Соответствует Не соответствует**Программа скидок** Соответствует Не соответствуетФ. И. О. печатными
буквами:

Подпись

Дата:

