

БОЛЬНИЦА NATIONWIDE CHILDREN'S

УПРОЩЕННАЯ ВЕРСИЯ ПОЛИТИКИ ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

**** Бланк заявки см. на обратной стороне ****

Больница Nationwide Children's оказывает необходимые базовые медицинские услуги со скидкой или бесплатно лицам, имеющим право на участие в программе оказания финансовой помощи или программе по обеспечению стационарного лечения (НСАР). Прежде чем обратиться за финансовой помощью, пациенты должны использовать все прочие ресурсы, в том числе обратиться в местный департамент по трудовым и семейным вопросам. Право на получение помощи определяется на основе общего совокупного дохода (получаемых доходов до уплаты налогов) и количества иждивенцев в семье. Удовлетворяющие критериям пациенты не будут платить за неотложную и необходимую медицинскую помощь больше, чем обычно платят пациенты со страховым полисом.

Критерии:

Доход, не превышающий 400 % федерального прожиточного минимума. Невозможность получения помощи в рамках программы Medicaid (участники программы Medicaid, получающие необходимую медицинскую помощь, на которую программа Medicaid не распространяется, подпадают под действие программы оказания финансовой помощи).

Проживание в штате Огайо (нерезиденты штата Огайо, обратившиеся за получением финансовой помощи для оплаты неэкстренного медицинского обслуживания, должны получить соответствующее разрешение до лечения).

НУЖНА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ?

Позвоните по номеру 614-722-2055

Чтобы получить помощь или бесплатный экземпляр программы оказания финансовой помощи, упрощенной версии политики оказания финансовой помощи и заявки на предоставление финансовой помощи на английском и других языках, обратитесь к представителю службы по работе с пациентами в больнице по адресу 700 Children's Drive или в любой другой из наших больниц. Эти документы также представлены на странице www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance.

ПРОГРАММА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (НСАР)

**** Бланк заявки см. на обратной стороне ****

Программа НСАР — принятая в штате Огайо версия федеральной программы для больниц, оказывающих непропорционально большую долю бесплатных услуг. Данная программа распространяется только на счета за больничные услуги. Все страховые компании и сторонние плательщики должны получить выставленные счета перед подачей документов на участие в программе НСАР. Помощь предоставляется только на часть счета, оплачиваемую пациентом.

Критерии:

Доход, не превышающий федеральный прожиточный минимум. Невозможность получения помощи в рамках программы Medicaid. Проживание в штате Огайо.

ПРОГРАММЫ HEALTHY START И HEALTHY FAMILIES

Позвоните по номеру 614-722-2070 или 1-800-324-8680

Программы Healthy Start и Healthy Families предлагают семьям, детям в возрасте до 19 лет и беременным женщинам получение медицинского обслуживания бесплатно или по сниженным ценам. Программы распространяются на посещение врачей, стационарное лечение, ведение беременности, лекарственные средства, офтальмологические и стоматологические услуги, лечение наркомании, психиатрическую помощь и прочие услуги.

Критерии:

Программа Healthy Start для незастрахованных детей в семьях с доходом ниже 206 % федерального прожиточного минимума.

Программа Healthy Start для застрахованных детей в семьях с доходом ниже 156 % федерального прожиточного минимума.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОЖИТОЧНОГО МИНИМУМА НА 2019 Г.

Кол-во человек в семье	Доход составляет 100% федерального прожиточного минимума	Доход составляет 150% федерального прожиточного минимума	Доход составляет 200% федерального прожиточного минимума	Доход составляет 300% федерального прожиточного минимума	Доход составляет 400% федерального прожиточного минимума
1	\$12,490	\$18,735	\$24,980	\$37,470	\$49,960
2	\$16,910	\$25,365	\$33,820	\$50,730	\$67,640
3	\$21,330	\$31,995	\$42,660	\$63,990	\$85,320
4	\$25,750	\$38,625	\$51,500	\$77,250	\$103,000
5	\$30,170	\$45,255	\$60,340	\$90,510	\$120,680
6	\$34,590	\$51,885	\$69,180	\$103,770	\$138,360
На каждого дополнительного члена семьи добавить	\$4,420	\$6,630	\$8,840	\$13,260	\$17,680

БОЛЬНИЦА NATIONWIDE CHILDREN'S
Заявка на участие в программе HCAP
и предоставление финансовой помощи

Место для наклеивания регистрационного стикера

Фамилия и имя пациента:	Фамилия и имя поручителя:
Адрес, город и штат:	Номер телефона:

- | | | |
|---|----------------|---|
| 1) Проживал ли пациент в Огайо на момент оказания услуги? | Да ___ Нет ___ | При ответах «Да» на вопросы 3, 4, или 5 приложите к заявке копию своей страховки, карты Medicaid или карты DA (пособия по нетрудоспособности). |
| 2) Являлся ли пациент гражданином США на момент оказания услуги? | Да ___ Нет ___ | |
| 3) Была ли у пациента медицинская страховка на момент оказания услуги? | Да ___ Нет ___ | |
| 4) Являлся ли пациент получателем помощи в рамках программы Medicaid на момент оказания услуги? | Да ___ Нет ___ | |
| 5) Являлся ли пациент получателем пособия по нетрудоспособности на момент оказания услуги? | Да ___ Нет ___ | |

Источники дохода включают заработную плату до удержания налогов, доходы от аренды, пособие по безработице, социальные пособия, государственную помощь и т. д.

К членам семьи относятся все перечисленные ниже лица, независимо от места проживания.

Фамилия и имя члена семьи	Возраст	Дата рождения	Степень родства по отношению к пациенту	Источник дохода или название места работы	Доход за 3 месяца до даты получения медицинских услуг	Доход за 12 месяцев до даты получения медицинских услуг
			Пациент			
			Мать			
			Отец			

Укажите прилагающиеся документы, подтверждающие доходы:

- Копии квитанций о начислении зарплаты Письмо от работодателя
 Не в состоянии предоставить

Своей подписью я удостоверяю, что вся информация, указанная мною в настоящем заявлении, а также все сведения, содержащиеся во всех прилагающихся документах, являются верными.

_____ Подпись заявителя

_____ Дата

Верните этот бланк со всеми прилагающимися документами по адресу:

Nationwide Children's Hospital
Patient Accounts – F.A. Dept
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205
614-722-2055
Факс: 614-355-2266

Если вы указали доход в размере 0 \$,
напишите краткое объяснение источников средств к существованию (ваших или пациента):

