# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL

# ПРОСТОЕ И КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FINANCIAL ASSISTANCE POLICY, FAP)

## ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)

#### \*\* Форма заявления на участие находится на обратной стороне этой страницы \*\*

Nationwide Children’s Hospital бесплатно или на льготных условиях предоставляет базовое обязательное медицинское обслуживание лицам, имеющим право на участие в Программе финансовой помощи или Программе обеспечения стационарного лечения (Hospital Care Assurance Program, HCAP). Прежде чем обратиться за финансовой помощью, пациенты должны использовать все доступные источники, включая подачу заявления в местный Департамент по трудовым и семейным вопросам (Department of Job and Family Services). Право на получение помощи зависит от общего совокупного дохода (заработка до вычета налогов) и количества иждивенцев в семье. С пациентов, имеющих право на участие в программе, не будет взиматься плата за неотложную помощь или другие необходимые по медицинским показаниям услуги, сверх суммы, обычно выставляемой пациентам, имеющим страховку (Amounts Generally Billed, AGB). Nationwide Children’s не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, вероисповедания, этнической принадлежности, национального происхождения, возраста, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, религии или наличия инвалидности.

**Критерии для участия в программе**

Доход пациента не должен превышать 400 % от федерального прожиточного минимума

Пациент не должен быть участником программы Medicaid. Участники программы Medicaid, получающие необходимое медицинское обслуживание, которое не входит в эту программу, смогут покрыть медицинские расходы по программе финансовой помощи.

Пациент должен проживать в штате Огайо. Лица, проживающие за пределами штата Огайо и запрашивающие финансовую помощь для получения плановых медицинских услуг, должны получить предварительное одобрение на получение финансовой помощи до предоставления им медицинских услуг.

## НУЖНА ПОМОЩЬ В ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ?

#### Позвоните по номеру 614–722–2055.

Обратитесь к любому сотруднику регистратуры по адресу 700 Children's Drive или в любое другое наше представительство, чтобы получить помощь или бесплатную копию FAP в простой и понятной форме, а также форму заявления на получение финансовой помощи на английском или других языках.  Эти документы также доступны по ссылке [www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance).

**ПРОГРАММА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (HCAP)**

**\*\* Форма заявления на участие находится на обратной стороне этой страницы \*\***

HCAP – программа, разработанная штатом Огайо во исполнение требуемой федеральным правительством программы компенсации расходов больницам, оказывающим непропорционально большую долю льготных услуг. Эта программа действует исключительно в отношении больничных счетов. До подачи заявления на участие в программе HCAP необходимо выставить счета всем страховым и сторонним плательщикам. Финансовая помощь может покрыть лишь часть суммы, которую пациент должен заплатить.

**Критерии для участия в программе**

Доход пациента не должен превышать федеральный прожиточный минимум

Пациент не должен быть участником программы Medicaid

Пациент должен проживать в штате Огайо

## ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ, ЗДОРОВЫЕ СЕМЬИ

#### Позвоните по номеру 614–722–2070 или 1–800–324–8680.

Программа «Здоровые дети, здоровые семьи» (Healthy Start and Healthy Families) обеспечивает бесплатное или недорогое страховое покрытие медицинских услуг для семей, детей (до 19 лет) и беременных женщин. Страховое покрытие включает: консультации врача, стационарное лечение, услуги, связанные с беременностью, лекарственную терапию, лечение проблем со зрением, стоматологическую помощь, помощь при злоупотреблении алкоголем или наркотическими веществами, психиатрическую помощь и многое другое.

**Критерии для участия в программе**

Программа «Здоровые дети» для помощи детям, не имеющим страховки, в семьях с доходом до 206 % от федерального прожиточного минимума (FPL)

Программа «Здоровые дети» для помощи детям, имеющим страховку, в семьях с доходом до 156 % от федерального прожиточного минимума (FPL)

## РУКОВОДСТВО ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ МАЛОИМУЩИХ (действует с 17.01.2025)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Размер семьи** | **Доход 100 % от FPL** | **Доход 150 % от FPL** | **Доход 200 % от FPL** | **Доход 300 % от FPL** | **Доход 400 % от FPL** |
| 1 | $15,650 | $23,475 | $31,300 | $46,950 | $62,600 |
| 2 | $21,150 | $31,725 | $42,300 | $63,450 | $84,600 |
| 3 | $26,650 | $39,975 | $53,300 | $79,950 | $106,600 |
| 4 | $32,150 | $48,225 | $64,300 | $96,450 | $128,600 |
| 5 | $37,650 | $56,475 | $75,300 | $112,950 | $150,600 |
| 6 | $43,150 | $64,725 | $86,300 | $129,450 | $172,600 |
| На каждого дополнительного члена семьи прибавляйте: | $5,500 | $8,250 | $11,000 | $16,500 | $22,000 |

# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL

Разместите здесь **регистрационную наклейку**

**ИЛИ**

**Укажите дату получения медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_**

# Заявление на участие в программе финансовой помощи и HCAP

Для каждого пациента **ДОЛЖНО** предоставляться отдельное заявление.

|  |  |
| --- | --- |
| Имя и фамилия пациента: | Имя и фамилия поручителя: |
| Адрес проживания (город и штат): | Номер телефона: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Проживал ли пациент на территории штата Огайо во время получения медицинских услуг?  Ответы на эти вопросы никоим образом не повлияют на соответствие критериям и не отсрочат получение пациентом медицинской помощи.  . | Да\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ |
| 2) Являлся ли пациент гражданином Соединенных Штатов Америки во время получения медицинских услуг? | Да\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ |
| 3) Имел ли пациент полис медицинского страхования во время получения медицинских услуг? | Да\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ |
| 4) Был ли пациент действующим участником программы Medicaid во время получения медицинских услуг? | Да\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ |
| 5) Получал ли пациент пособие по инвалидности во время оказания ему медицинских услуг? | Да\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ |

**Доход включает в себя заработную плату до вычета налогов, доход от аренды, компенсацию по безработице, льготы социального обеспечения, государственную помощь и т. д.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя и фамилия члена семьи** | **Возраст** | **Дата рождения** | **Кем приходится**  **пациенту** | **Источник дохода**  **или имя работодателя** | **Доход за 3 месяца**  **до даты получения медицинских услуг** | **Доход за 12 месяцев**  **до даты получения медицинских услуг** |
|  |  |  | Пациент |  |  |  |
|  |  |  | Родитель |  |  |  |
|  |  |  | Родитель |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Отметьте прилагаемый документ, подтверждающий доход:**

|  |  |
| --- | --- |
| Копии справок о начислении заработной платы | Документ от работодателя |

Нет подтверждающих документов

**Отправьте эту форму со всеми приложениями по адресу:**

**Nationwide Children’s Hospital**

**Patient Accounts – F.A. Dept**

**700 Children’s Drive**

**Columbus, OH 43205**

**Номер телефона: 614–722–2055**

**Номер факса: 614–355–2266**

**Электронная почта:**

**Children’sPatientAccounts@NationwideChildrens.org**

Своей подписью ниже я подтверждаю,

что все данные, указанные в этом заявлении и в приложениях к нему, верны.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата

**Если вы указали доход в размере $0**, кратко объясните,

как вы (или пациент) финансово себя

обеспечиваете:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_