

Уважаемый пациент!

Прилагаем к этому письму бланк заявки на финансовую помощь от Lahey Hospital & Medical Center (LHMC). Вам нужно полностью ее заполнить и отправить вместе с другими необходимыми документами. Частично заполненные заявки могут быть отклонены.

Заявку следует отправить в течение 240 дней с момента получения первого счета-извещения за оказанные услуги, которые вы хотите оплатить за счет финансовой помощи.

LHMC и его филиалы твердо убеждены в необходимости оказания финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в лечении, но не застрахованы, застрахованы на недостаточную сумму, не соответствуют критериям для участия в государственных программах медицинского страхования или в силу иных причин не в состоянии оплатить необходимое им лечение ввиду затруднительного финансового положения.

Если у вас возникнут вопросы, свяжитесь с офисом финансовых консультаций по указанному ниже номеру.

Спасибо!

Financial Counseling Department  
Lahey Hospital & Medical Center  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
781-744-8815

**Заявка на получение финансовой помощи по программе Charity Care**

**Заполняется печатными буквами**

Текущая дата: \_\_\_\_\_ Номер соц. страхования: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

	Улица, дом	Квартира
Город	Штат	Индекс

Дата оказания мед. услуг: \_\_\_\_\_ Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_

Была ли у пациента мед. страховка или Medicaid\*\* на момент оказания мед. услуг? Да  Нет   
 Если «Да», приложите копию страховой карточки (лицевую и обратную сторону) и заполните следующие поля:

Название страховой компании: \_\_\_\_\_ Номер полиса: \_\_\_\_\_

Действителен с: \_\_\_\_\_ Телефон страховой компании: \_\_\_\_\_

**\*\*Чтобы претендовать на финансовую помощь, вы должны доказать, что в течение последних 6 месяцев подавали заявку на Medicaid и получили отказ.**

*Примечание. В финансовой помощи может быть отказано, если у пациента имеется медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA), счет покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Account, HRA), сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA) или аналогичный фонд для оплаты семейных расходов на медицинские нужды. Перед получением финансовой помощи пациент должен провести платеж из любого учрежденного им фонда.*

**Чтобы подать заявку на финансовую помощь, заполните следующее:**

Список членов семьи, включая пациента, его родителей, детей и/или братьев и сестер, кровных или приемных, не достигших 18-летнего возраста и проживающих с пациентом.

Член семьи	Возраст	Кем приходится пациенту	Источник дохода или имя / название работодателя	Совокупный доход за месяц
1.				
2.				
3.				
4.				

Кроме заполненного бланка заявки на финансовую помощь, вам необходимо будет прислать нам следующие документы:

- Текущая налоговая декларация (федеральная форма или форма декларации штата);
- Текущие формы W2 и/или формы 1099;
- Четыре последних квитанции о начислении зарплаты;
- Четыре последних выписки по сберегательному и/или текущему банковскому счету.
- Медицинские сберегательные счета

- Счета компенсирования медицинских расходов
- Сберегательные счета на случай непредвиденных расходов

Если вы не можете предоставить ничего из вышеперечисленного, свяжитесь с отделом финансовых консультаций по номеру(781)-744-8815, чтобы обсудить список альтернативных документов.

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), подтверждаю, что мною были внимательно прочитаны Политика финансовой помощи и бланк заявки на финансовую помощь, и удостоверяю, что, насколько мне известно, все указанные мной данные точны и верны, равно как и все приложенные мною документы. Я понимаю, что сознательное предоставление недостоверной информации с целью получения финансовой помощи незаконно.

Подпись соискателя: \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Если вас кто-то поддерживает финансово или вы указали нулевой доход в этой заявке, помогающее вам или вашей семье лицо (лица) должно (должны) заполнить следующее заявление.

**Заявление лица, оказывающего финансовую поддержку**

Я был (была) указан (указана) пациентом/ответственной стороной как лицо, оказывающее финансовую поддержку. Ниже приведен перечень услуг и видов поддержки, которую я оказываю.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Настоящим подтверждаю и удостоверяю, что, насколько мне известно, вся указанная мной информация точна и верна. Я понимаю, что, подписывая это заявление, я не беру на себя финансовую ответственность за расходы пациента на медицинские услуги.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата подписания: \_\_\_\_\_

Заполненная заявка будет рассмотрена на предмет соответствия соискателя критериям программы в течение 30 дней с момента получения.

Если пациент соответствует критериям, финансовая помощь будет предоставляться ему в течение шести месяцев с момента одобрения заявки в следующих филиалах Beth Lahey Health (как указано в Приложении 5 соответствующей Политики финансовой помощи):

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Только для персонала.	
Заявка получена от:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>