

## Указания по заполнению заявления на Финансовую поддержку

В Госпитале специальной хирургии есть программа Финансовой поддержки для пациентов, которых беспокоит их способность оплатить свое медицинское обслуживание. Соответствие критериям для программы основано на доходе вашей семьи, имуществе и потребностях. Финансовая поддержка доступна для лиц, семейные доходы которых меньше указанных ниже:

Размер семьи	Годовой семейный доход
1	До \$84,420
2	До \$113,680
3	До \$142,940
4	До \$172,200
5	До \$201,460
6	До \$230,720

**В заявлении программы финансовой поддержки (англ. FAP) также требуется следующая информация, которую Госпиталь специальной хирургии (англ. HSS) может использовать для подтверждения семейного дохода заявителя. Заявителям не обязательно предоставлять каждый указанный ниже документ, если информация не доступна:**

- Квитанции о начислении заработной платы за самый последний период, равный трем (3) месяцам
- Устное или письменное подтверждение дохода из агентств общественной поддержки
- Информация и баланс со Счета гибких расходов на медицинское обслуживание или Сберегательного счета для медицинских затрат
- Форма, одобряющая или отклоняющая получение компенсации по безработице
- Отчеты по банковскому счету или инвестициям
- Отчет о льготах или Определение льгот по программе Дополнительного дохода по социальному страхованию
- Самостоятельное заверение

При заполнении заявления на Финансовую поддержку, просим вас не забывать следующее:

- Запрос на Финансовую поддержку можно сделать в любое время. Лицо может сделать запрос перед, во время или после получения услуг, в том числе после того, как агентство по сбору платежей начнет дело против лица.
- Заявление может заполнить лицо или его либо ее законный опекун. Если у вас есть какие-либо вопросы относительно заполнения Заявления на Финансовую поддержку, свяжитесь, пожалуйста, с персоналом FAP по телефону (212) 606-1505.
- Финансовая поддержка покрывает все услуги, предоставленные HSS и его Покрываемыми поставщиками услуг. Более подробную информацию можно найти на нашем сайте в Интернете по адресу: <https://www.hss.edu/financial-assistance.asp>
- После того как мы получим ваше заполненное заявление, вы можете не принимать во внимание какие-либо счета/отчеты, пока вы не получите письменное уведомление о вашем заявлении на финансовую поддержку
- Косметические, экспериментальные услуги и услуги для удобства могут не считаться необходимыми с медицинской точки зрения по этой политике, а связанные с путешествием затраты Финансовой поддержкой не покрываются.

Пожалуйста, отправьте свое заполненное заявление и требуемую документацию по адресу:

**Hospital for Special Surgery**

**Financial Assistance Department (ERP Plaza Level) 535 East 70th Street**

**New York, NY 10021**

## Заявление на финансовую поддержку

HSS# \_\_\_\_\_

## Заявление на финансовую поддержку

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия
Имя
Инициал среднего имениАдрес: \_\_\_\_\_  
Улица
Кв. #
Город
Штат
Почтовый код

Дата рождения: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Семейный статус: \_\_\_\_\_

Лучший контактный тел.: \_\_\_\_\_ Альтернативный контактный тел.: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Контактное лицо: \_\_\_\_\_ Отношение к пациенту: \_\_\_\_\_ Контактный тел.: \_\_\_\_\_

Страховой план: \_\_\_\_\_ Номер полиса: \_\_\_\_\_ Номер тел. страховки: \_\_\_\_\_

Требуемые клинические услуги: \_\_\_\_\_

Перечень всех лиц, проживающих в доме и юридически зависящих от вас в отношении поддержки:

(Как заявлено в качестве зависящих от вас лиц на декларации о подоходном налоге)

	Полное имя	Возраст	Отношение			
			Супруг(а)/Партнер(ша)	Родитель	Ребенок	Иное
1)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если вы считаете, что вас следует рассмотреть для участия в Программе специального доступа, объясните, пожалуйста, ниже:

\_\_\_\_\_

## Общий валовой ежемесячный доход:

Источник дохода	Семейный доход		Источник дохода	Семейный доход	
	3 месяца	12 месяцев		3 месяца	12 месяцев
Заработная плата	\$ _____	\$ _____	Дивиденды, проценты, арендный доход	\$ _____	\$ _____
Платежи социального	\$ _____	\$ _____	Компенсация по безработице	\$ _____	\$ _____

Нынешний баланс с расчетного/сберегательного счета: \$ \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что указанная выше информация является полной и верной. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, подлежит проверке Госпиталем специальной хирургии и подлежит рассмотрению. Далее, я предприму все необходимые меры для того, чтобы подать заявление на любую помощь (Medicaid, Medicare, Страховка и т.д.), которая может быть доступна для оплаты моих соответствующих расходов. Я предприму любые действия, необходимые для получения такой помощи, и направлю или оплачу соответствующему поставщику сумму, полученную для соответствующих затрат. Я понимаю, что в случае, если будет доказано, что какая-либо поданная мною информация является неполной или неверной, госпиталь может пересмотреть мой финансовый статус и предпринять любые действия, которые он посчитает уместными. Если моя способность оплатить затраты существенно изменится после даты данного заявления, я сообщу об этом в госпиталь.

Подпись \_\_\_\_\_ Имя печатными буквами \_\_\_\_\_

Отношение к пациенту \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_