

## Указания по заполнению заявления на Финансовую поддержку

В HSS ASC (Амбулаторный хирургический центр при Госпитале специальной хирургии) в Вест-Сайде (англ. HSS West Side ASC) есть программа Финансовой поддержки для пациентов, которых беспокоит их способность оплачивать свое медицинское обслуживание. Соответствие критериям для участия в программе основано на доходе, имуществе и потребностях вашей семьи. Финансовая поддержка доступна для физических лиц, доходы домохозяйства которых меньше указанных ниже:

Размер семьи	Годовой семейный доход
1	До \$87,430
2	До \$118,370
3	До \$149,310
4	До \$180,250
5	До \$211,190
6	До \$242,130
7	До \$273,070
8	До \$304,010

В заявлении программы финансовой поддержки (англ. FAP) также требуется следующая информация, которую HSS ASC в Вест-Сайде могут использовать для подтверждения дохода домохозяйства 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 (англ. SSI)
- Самостоятельное заверение

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

- Запрос на Финансовую поддержку можно сделать в любое время. Физическое лицо может сделать запрос перед, во время или после получения услуг, в том числе после того, как агентство по сбору платежей начнет дело против данного физического лица.
- Заявление может заполнить физическое лицо или его 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 в HSS ASC в Вест-Сайде и его Покрываемыми поставщиками услуг. Более подробную информацию можно найти на нашем сайте в Интернет по адресу: [www.hss.edu/westsideASC](http://www.hss.edu/westsideASC)
- После того как мы получим ваше заполненное заявление, вы можете не принимать во внимание никакие 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 в соответствии с этой политикой, а связанные с путешествием затраты Финансовой поддержкой не покрываются.

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

HSS West Side ASC  
Financial Assistance Department  
535 East 70th Street  
New York, NY 10021

(см. на обороте)

# поддержку

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Инициал среднего имени

Адрес: \_\_\_\_\_  
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(ца) Родитель Ребенок Иное
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____

Вы обращаетесь за лечением, которое в разумной мере не доступно ближе к вашему месту жительства?

Вы обращаетесь за высокоспециализированным лечением, которое в разумной мере не доступно в других больницах?

**Общий валовой ежемесячный доход:**

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

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

Я подтверждаю что указанная выше информация является полной и верной. Я понимаю что информация, которую 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, уместно 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