



## HSS-Florida Physicians, LLC Заявление на финансовую поддержку

В HSS-Florida Physicians, LLC (Госпиталь специальной хирургии – ООО «Флорида Фюзишенс [Врачи Флориды]») 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	\$54,320
2	\$78,880
3	\$99,440
4	\$120,000
5	\$140,560
6	\$161,120
7	\$181,680
8	\$202,240

\***HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** (ООО «Амбулаторный хирургический центр HSS в Палм-Бич») предоставляет финансовую поддержку по таким же условиям, что и **HSS-Florida Physicians, LLC**. Однако решения относительно соответствия критериям и покрытия принимаются отдельно, и они могут различаться, в результате приводя к соответствию критериями в одном учреждении, но не в другом.

В заявлении программы финансовой поддержки (англ. FAP) также требуется следующая информация, которую в **HSS-Florida Physicians, LLC** 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 в **HSS-Florida Physicians, LLC** по телефону 212.606.1505.
- Финансовая поддержка покрывает все профессиональные услуги, предоставленные в HSS-Florida Physicians, LLC. Более подробную информацию можно найти на нашем сайте в Интернете по адресу: [www.hss.edu/HSS-Florida-financial-assistance](http://www.hss.edu/HSS-Florida-financial-assistance).
- 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:

Hospital for Special Surgery  
HSS-Florida Physicians, LLC Financial Assistance Department  
535 East 70th Street  
ERP Plaza Level  
New York, NY 10021

# Заявление на финансовую поддержку

HSS-Florida Physicians, LLC #: \_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_  
 Улица \_\_\_\_\_ Кв. # \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ 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. Для отношения выберите один из следующих вариантов: супруг(а)/партнер, родитель, ребенок или иное. Если иное, заполните вид отношений.)

- |   |                   |                |                  |             |
|---|-------------------|----------------|------------------|-------------|
| 1 | Полное имя: _____ | Возраст: _____ | Отношение: _____ | Иное: _____ |
| 2 | Полное имя: _____ | Возраст: _____ | Отношение: _____ | Иное: _____ |
| 3 | Полное имя: _____ | Возраст: _____ | Отношение: _____ | Иное: _____ |
| 4 | Полное имя: _____ | Возраст: _____ | Отношение: _____ | Иное: _____ |

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 доход:

Источник дохода	Доход домохозяйства 3 месяца	Доход домохозяйства 12 месяцев
Заработная плата	_____	_____
Платежи социального страхования	_____	_____
Дивиденды, проценты, арендный доход	_____	_____
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, 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: \_\_\_\_\_

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