

В HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC (ООО «Амбулаторный хирургический центр Госпиталя специальной хирургии в Палм-Бич») 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	\$54,360
2	\$73,240
3	\$92,120
4	\$111,000
5	\$129,880
6	\$148,760
7	\$167,640
8	\$186,500

**HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC предоставляет финансовую поддержку по таким же условиям, что и HSS-Florida Physicians, LLC (Госпиталь специальной хирургии – ООО «Флорида Фьюзишенс» [Врачи Флориды]). 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 Palm Beach Ambulatory Surgery Center 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 Palm Beach Ambulatory Surgery Center по телефону (561) 725-4300.
- Финансовая поддержка покрывает все услуги, предоставленные в HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center. Более подробную информацию можно найти на нашем сайте в Интернете по адресу: hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-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:

HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center Financial Assistance Program
 300 Palm Beach Lake Boulevard
 West Palm Beach FL 334012711
 Или по факсу: 561 725 4310



Заявление на финансовую поддержку

HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, 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: _____

Действует с февраля 2022 г.