

Инструкции по применению и квалификационные рекомендации

Пожалуйста, полностью заполните заявление и не забудьте **ПОДПИСАТЬ** заявление под присягой на странице 4. Приложите копии следующих документов для всех заявителей.

Отправить документацию по адресу: **St. Clair Health**
Financial Assistance
5000 Centregreen Way
Suite 100
Cary, NC 27513

Непредоставление всех документов приведет либо к задержке обработки, либо к отклонению заявления. Пожалуйста, прикрепляйте только копии, так как представленные документы, к сожалению, не могут быть возвращены.

- Пожалуйста, приложите подтверждение **ВСЕХ** доходов, полученных за последние 30 дней до подачи заявления для заявителя и его супруги.
- Самые последние** выписки по чековым и сберегательным счетам (все страницы) до подачи заявки.
- Если пациент умер, предоставьте копию свидетельства о смерти и письмо с указанием статуса имущества.

Если у вас есть какие-либо вопросы, обратитесь в службу поддержки клиентов по телефону 412-344-3408.

С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00

Финансовая помощь предоставляется пациентам, чей кредитный рейтинг ниже текущего порога больницы в 550 или выполняются указанные ниже требования. Руководящие принципы программы (для пациентов с кредитным рейтингом выше госпитального порога 550) основаны на Федеральных рекомендациях по борьбе с бедностью Министерства здравоохранения и социальных служб: Федеральный реестр / том 90 / 17 января 2025 г., страницы 5917–5918

ОБЪЕДИНЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД МАКСИМУМ			
СЕМЕЙНЫЙ РАЗМЕР	СКИДКА (USD)		
	100%	30%	20%
1	\$31,300	\$39,125	\$46,950
2	\$42,300	\$52,875	\$63,450
3	\$53,300	\$66,625	\$79,950
4	\$64,300	\$80,375	\$96,450
5	\$75,300	\$94,125	\$112,950
6	\$86,300	\$107,875	\$129,450
7	\$97,300	\$121,625	\$145,950
8	\$108,300	\$135,375	\$162,450
каждый дополнительный член семейной группы	\$11,000	\$13,750	\$16,500

ЧИСТЫЕ АКТИВЫ СЕМЬИ > \$10 000 ТАКЖЕ БУДУТ РАССМАТРИВАТЬСЯ В КАЖДОМ ДЕЛЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СООТВЕТСТВИЯ ПРАВАМ.

ST CLAIR HEALTH

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

Демография пациентов

Имя пациента _____

Номер телефона пациента _____

Адрес пациента _____

ДЕМОГРАФИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ

Перечислите всех членов семьи	Дата рождения	Отношения с пациентом
		СЕБЯ

Вы гражданин Соединенных Штатов? Да Нет

Если НЕТ, являетесь ли вы постоянным жителем, законно проживающим в США*? Да Нет

** Если пациент является постоянным жителем, предоставьте копию официальной документации*

Вы студент дневного отделения? Да Нет

Вы беременны или прием был связан с беременностью? Да Нет

Есть ли у вас ожидающая или одобренная заявка на участие в программе Medicaid? Да Нет

У вас есть медицинская страховка? Да Нет

ДОМОХОЗЯЙСТВЕННЫЕ АКТИВЫ-ПРОВЕРОЧНЫЕ И СБЕРЕЖИТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА

Тип счета (чековый или сберегательный)	Банк/Институт	Баланс

ST. CLAIR HEALTH

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

ПРОЧИЕ СЧИТАЕМЫЕ АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВ (ИСКЛЮЧАЯ ПЕНСИОННЫЕ АКТИВЫ)

Тип актива	Банк/Институт	Баланс
Акции/облигации		
Сертификат депозита		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет (HSA)		
Сберегательный сертификат		
Рождественский или каникулярный клуб		

ДОЛГ/КРЕДИТЫ СЕМЬИ (ИСКЛЮЧАЯ ИПОТЕКУ НА ОСНОВНОЕ ЖИЛЬЕ)

Тип кредита	Банк/Институт	Баланс
Долги/кредиты (исключая ипотеку)		
Кредитная карта 1		
Кредитная карта 2		
Кредитная карта 3		
Другой 1		
Другой 2		
Другой 3		

ST. CLAIR HEALTH

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД

	ПАЦИЕНТ	Член домохозяйства 2	Член домохозяйства 3	Член домохозяйства 4
Заработная плата / Зарплата / Чаевые				
Компенсация по безработице				
Социальное обеспечение				
Поддержка детей				
Доход от самозанятости				
Проценты / Дивидендный доход				
Пенсия				
Рентный доход				
Доверительные платежи				
Компенсация рабочим				
Другой				

ПРИМЕЧАНИЕ. Если у вас нет дохода и вас поддерживает другое лицо, попросите его заполнить и подписать заявление ниже:

_____ на данный момент не имеет дохода. В настоящее время я помогаю им с едой, жильем и одеждой. Я также оказываю им материальную помощь в размере \$ _____ в среднем в месяц.

X _____ Дата _____
Подпись лица, оказывающего поддержку

АФИДЕВИТ - ВСЕ ЗАЯВИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬСЯ

Я клянусь (или подтверждаю), что вся информация в этой форме является достоверной, правильной и полной, насколько мне известно. Я согласен уведомлять больницу Больница Сент-Клер в течение одной недели обо всех изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другой информации, указанной в этой форме, которые могут повлиять на мое право на получение финансовой помощи в Больница Сент-Клер. Я понимаю, что моя кредитная и другая соответствующая финансовая информация может быть использована для проверки заявления и моего права на участие в программе.

Мошеннические заявления пациентов, сделанные с целью получения финансовой помощи, будут переданы в Генеральную прокуратуру Пенсильвании для соответствующего судебного преследования. Пациенты, которые фальсифицируют заявку на участие в Программе, больше не будут иметь права на участие в Программе и будут нести ответственность за все расходы, понесенные во время регистрации в Программе, задним числом до первого дня, когда такие расходы были понесены в рамках Программы.

X _____ Дата _____
Подпись заявителя