

Медицинский центр Раш Норт Шор Благотворительный уход

Имя пациента _____

Текущая дата _____

Дата обслуживания _____

Номер счета пациента _____

Медицинский центр Раш Норт Шор с пониманием и сочувствием относится к финансовому бремени для пациентов и семей, которые не способны заплатить по больничному счету. Исходя из наших обязательств перед нашими клиентами, мы предлагаем благотворительный уход, исключительно на основе финансовой необходимости.

Требования для рассмотрения возможности предоставления благотворительного ухода

Нам необходимо Ваше сотрудничество с больницей для того, чтобы изучить все прочие возможные формы оплаты, включая заявление на государственную помощь, если это возможно, прежде чем будет рассматриваться возможность предоставления благотворительного ухода. Просим Вас предоставить такие документы:

- Последняя годовичная форма W-2
- Последняя федеральная налоговая декларация, включая все таблицы
- Если уровень дохода изменился по сравнению с прошлой годней налоговой декларацией, представьте документы, подтверждающие такое изменение (например, копии чеков пособия по безработице)
- Выписки банка за последние 3 месяца
- Расчетные корешки по зарплате за последние 3 месяца, за вычетом налогов
- Количество членов семьи и иждивенцев
- Копия паспорта, если Вы не имеете гражданства США
- Отсутствие дохода: предоставьте подписанное заявление с пояснением источников обеспечения насущных потребностей.

Непредставление всех требуемых документов приведет к отклонению заявления, пока все требуемые сведения не будут получены.

Для определения Вашего права на получение благотворительного ухода, будет учитываться как зарабатываемый Вами доход, так и активы, находящиеся в Вашей собственности.

а. Критерии дохода

После проверки информации о Вашем доходе, мы можем предложить скидки на основе скользящей шкалы, которая использует 200% от Нормативов прожиточного минимума, установленных Министерством здравоохранения и социального обеспечения США. Министерство ежегодно обновляет эти нормативы.

б. Критерии активов

Мы используем информацию, содержащуюся в Вашем заявлении и представленных Вами документах, для определения наличия у Вас активов, которые дадут Вам возможность оплатить за уход.

Руководящие положения

1. Заявление на получение благотворительного ухода относится только к больнице и НЕ включает счетов врачей (примеры: реаниматолог, радиолог, анестезиолог, патолог и т.п.).
2. Услуги, предоставляемые больницей, должны быть необходимы по медицинским показаниям.
3. Пациент, получающий государственную помощь, не имеет права на благотворительный уход.
4. Сначала используется вся имеющаяся страховка.
5. Пациент сотрудничает в предоставлении всей имеющейся информации.
6. Пациент предоставляет подтверждение того, что он/она соответствует данным требованиям. Больница изучит отчет о Вашей кредитоспособности для проверки предоставленной Вами информации.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы или Вам необходима помощь, пожалуйста, обратитесь в Службу работы с клиентами по телефону 847-933-6721. Служба работы с клиентами находится в главном вестибюле больницы возле Центральной регистратуры. Мы работаем с 9:00 до 16:00, с понедельника по пятницу.

По состоянию на 3/07

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАШ НОРТ ШОР
Заявление на получение благотворительного ухода
Финансовый отчет пациента

Имя пациента _____ Номер счета пациента _____

Дата обслуживания _____ Долевое участие пациента _____

ИМЯ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____

АДРЕС _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Х Ж В Р ИМЯ СУПРУГА(-И) _____

№ СОЦ. СТРАХОВАНИЯ _____ № СОЦ. СТРАХОВАНИЯ СУПРУГА(-И) _____

РАБОТОДАТЕЛЬ _____ РАБОТОДАТЕЛЬ СУПРУГА(-И) _____

АДРЕС _____ АДРЕС _____

ГОРОД _____ ТЕЛ. № _____ ГОРОД _____ ТЕЛ. № _____

ЧИСЛО ИЖДИВЕНЦЕВ ____ (как указано на заявлении в налоговое управление)

ДОХОД: Приложите подтверждающие документы: последние три расчетных корешка по зарплате, копия последней налоговой декларации (включая все таблицы), копия чека, если Вы получаете социальное пособие, пенсию, пособие по безработице или государственную помощь, процентный доход на сбережения, выписки банка за последние три месяца и копия паспорта (для лиц, не имеющих гражданства США). Если нет никакого дохода, представьте подписанное заявление с пояснением источников обеспечения насущных потребностей.

Настоящим, я уполномочиваю представителей Медицинского центра Раш Норт Шор провести все необходимые запросы с целью проверки информации, представленной в этой форме, до отчета о кредитоспособности включительно. Настоящим, я заявляю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является истинной и полной.

ДАТА: _____ ПОДПИСЬ: _____

Пожалуйста, верните заполненное заявление по такому адресу:

Rush North Shore Medical Center
Attn: Judy Roszkowski, Mgr. Pt. Accts
9600 Gross Point Rd
Skokie, Illinois 60076

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАШ НОРТ ШОР
Заявление на получение благотворительного ухода
Финансовые данные

Освобождения от федерального налога
за прошлый год:
(Приложите форму 1040 за прошедший год)

Предыдущие 12 месяцев

ДОХОД

Заработная плата (до вычетов)
Для всех совместно проживающих членов семьи \$ _____

Государственная помощь \$ _____

Социальное пособие \$ _____

Пособие по безработице \$ _____

Пособие по забастовке \$ _____

Пособие ветерану \$ _____

Алименты \$ _____

Пособие на ребенка \$ _____

Выплаты семье военнослужащего \$ _____

Пенсия \$ _____

Страховые выплаты \$ _____

Выплаты аннуитета \$ _____

Доход от дивидендов \$ _____

Процентный доход \$ _____

Рентный доход \$ _____

Авторский гонорар \$ _____

Доход от собственности или трастов \$ _____

Прочее (пожалуйста, поясните) \$ _____

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАШ НОРТ ШОР
Заявление на получение благотворительного ухода
Финансовые данные

ИМУЩЕСТВО

Текущие, сберегательные, депозитные счета
денежного рынка \$ _____

Депозитный сертификат \$ _____

Акции, облигации и прочие ценные бумаги \$ _____