

# Заявление на предоставление финансовой помощи



**Уважаемый пациент!**

**ВАЖНО – У ВАС ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ получить обслуживание бесплатно или со скидкой:** Заполнение этого заявления поможет компании SSM Health определить, можете ли Вы получить обслуживание бесплатно или со скидкой или претендовать на другие государственные программы, которые могут помочь оплатить Ваше лечение. Отправьте это заявление в больницу.

**ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ СО СКИДКОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.** Тем не менее, требуется номер социального страхования для некоторых государственных программ, в том числе Medicaid. Предоставление номера социального страхования не требуется, но поможет больнице определить, подходите ли Вы для каких-либо государственных программ.

Заполните эту форму и подайте ее в больницу лично, отправьте по почте, по электронной почте или по факсу для участия в бесплатном лечении или лечении со скидкой в течение 60 дней после выписки или получения амбулаторной помощи.

Пациент подтверждает, что предоставил всю запрашиваемую в заявлении информацию, чтобы помочь больнице определить, имеет ли пациент право на получение финансовой помощи.

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК:

- Заполните и подпишите заявление
- Последняя поданная федеральная налоговая декларация (или письмо о непредоставлении налоговой декларации)
- Детальная выписка из банковского счета за последние три месяца (выписка чеков и сбережения)
- Подтверждение общего дохода за последние два месяца (всех членов семьи)

**Обращаем Ваше внимание:** Компания SSM Health не сможет определить Вашу правомочность без надлежащей документации. Убедитесь, что Вы собрали все необходимые документы. Непредоставление всех необходимых документов приведет к задержке обработки Вашего заявления.

Отправьте неизмененные и непрошитые копии документации. Компания SSM не может вернуть оригиналы документов, рассматриваемых для предоставления финансовой помощи.

Пациенты, имеющие право на предполагаемую благотворительность, также должны заполнить это заявление.

Если Вам необходима помощь в заполнении заявления или у Вас возникли какие-либо вопросы, свяжитесь с Отделом обслуживания клиентов компании SSM Health по телефону **(855) 989-6789**.



### Адрес

**SSM Health:** Отдел обслуживания пациентов  
Вниманию: Финансовая помощь  
PO Box 28205  
St. Louis, MO 63132



### Факс

(314) 989-6734



### Email

financialaid@ssmhc.com

**Иллинойс**  
 Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)  
 St. Mary's Hospital (Centralia)

**Миссури**  
 St. Francis Hospital and Health Services  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City  
 SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center  
 SSM DePaul Health Center

**Миссури**  
 SSM St. Clare Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center – Wentzville  
 Западная больница SSM Св. Иосифа  
 Медицинский центр SSM Св. Марии

**Оклахома**  
 Bone & Joint St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Shawnee Hospital

**Висконсин**  
 St. Clare Hospital  
 St. Mary's Hospital (Madison)  
 St. Mary's Janesville Hospital

Идентификационный номер поручителя: \_\_\_\_\_  
 (для служебного пользования)

Во избежание задержек обработки Вашего заявления заполните все поля.

## ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя пациента:		Дата рождения	Номер телефона		№ счета пациента	
Текущий почтовый адрес:		Кв. №	Город/Штат/Почтовый индекс		<input type="checkbox"/> Арендованная <input type="checkbox"/> Собственная	Живу с родителями/Другое <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», то пациенту будет отправлено для заполнения заявление спонсоров
Номер социального страхования:		Семейное положение	Размер семьи: (Заполните ниже раздел для членов семьи)		Застрахован: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подавали ли Вы заявку на программу Medicaid: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Приложите письмо о рассмотрении
Работа: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Работодатель:		Кол-во лет занятости	Если безработный, имя последнего работодателя и время работы:		

## ИНФОРМАЦИЯ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТА)

Имя поручителя:		Дата рождения	Номер телефона		№ счета пациента	
Текущий почтовый адрес:		Кв. №	Город/Штат/Почтовый индекс		<input type="checkbox"/> Арендованная <input type="checkbox"/> Собственная	Живу с родителями/Другое <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», то пациенту будет отправлено для заполнения заявление спонсоров
Номер социального страхования:		Семейное положение	Размер семьи (Заполните ниже раздел для членов семьи):		Застрахован: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подавали ли Вы заявку на программу Medicaid: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Приложите письмо о рассмотрении
Работа: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Работодатель:		Кол-во лет занятости	Если безработный, имя последнего работодателя и время работы:		

## СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Приложите отдельный лист для дополнительных членов семьи, в том числе все необходимые документы.

Фамилия	Имя	Родственные отношения	Дата рождения	Работает? (предоставьте документацию)	Студент дневного отделения? (предоставьте документацию)	Ежемесячный доход (предоставьте документацию)	Иждивенец? (предоставьте документацию)	Правовой статус
		СМ		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Работодатель:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Студенческая виза? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Легальный резидент <input type="checkbox"/> Неподтверждено документально

**Иллинойс**

- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- St. Mary's Hospital (Centralia)

**Миссури**

- St. Francis Hospital and Health Services
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- SSM DePaul Health Center

**Миссури**

- SSM St. Clare Health Center
- SSM St. Joseph Health Center
- SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- Западная больница SSM Св. Иосифа
- Медицинский центр SSM Св. Марии

**Оклахома**

- Bone & Joint St. Anthony Hospital
- St. Anthony Hospital
- St. Anthony Shawnee Hospital

**Висконсин**

- St. Clare Hospital
- St. Mary's Hospital (Madison)
- St. Mary's Janesville Hospital

Идентификационный номер поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

**Предоставьте доказательства общего дохода относительно следующего** (включая, помимо прочего): заработной платы, социального обеспечения (письмо о предоставлении), пенсии, пособия по безработице/нетрудоспособности, алиментов/пособия на ребенка, государственной помощи, пособия по инвалидности, пособия бастующим, стипендий/грантов, дивидендов/процентов, дохода от аренды, денежных средств за услуги, и т. д. Иностранные студенты должны будут представить студенческую визу и текущее расписание занятий.  
**Банковские выписки не являются доказательством/подтверждением дохода.**

**Обращаем Ваше внимание:** В зависимости от условий Вашей заявки, мы можем попросить предоставить дополнительные документы (такие как, помимо прочего: домашние счета, медицинские счета, декларации о доходах/заявления спонсоров, отчеты о кредитных операциях и другие доказательства, подтверждающие финансовую потребность).

## ИМУЩЕСТВО СЕМЬИ

Имя члена семьи	Текущий счет (–а) Название банка	Номер счета и баланс	Сберегательный счет (–а) Название банка	Номер счета и баланс	Прочее (индивидуальный пенсионный счет, депозитный сертификат и т. д.)	Остаток на счету
Имя члена семьи	Медицинский сберегательный счет/сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (сумма)	Автомобиль (год/марка/модель)	Автомобиль Стоимость	Недвижимость (основное место жительства, аренда и т. д.)	Недвижимость Стоимость	Прочее/Стоимость

Приложите отдельный лист для дополнительной информации об имуществе, в том числе все необходимые документы.

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СЕМЬИ

Расходы	В месяц	Причитающаяся сумма
Жилье		
Коммунальные услуги		
Питание		
Транспорт		
Уход за ребенком		
Кредиты		
Расходы на медицинское обслуживание		
Прочие расходы (перечень)		
Прочее:		

**Иллинойс**

- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- St. Mary's Hospital (Centralia)

**Миссури**

- St. Francis Hospital and Health Services
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- SSM DePaul Health Center

**Миссури**

- SSM St. Clare Health Center
- SSM St. Joseph Health Center
- SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- Западная больница SSM Св. Иосифа
- Медицинский центр SSM Св. Марии

**Оклахома**

- Bone & Joint St. Anthony Hospital
- St. Anthony Hospital
- St. Anthony Shawnee Hospital

**Висконсин**

- St. Clare Hospital
- St. Mary's Hospital (Madison)
- St. Mary's Janesville Hospital

Идентификационный номер поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

Приложите отдельный лист для дополнительной информации об обязательствах. **\*\*Только для пациентов, обслуживающихся в больницах штата Иллинойс: Если пациент отвечает предполагаемым критериям правомочности, описанным в 77 ILAC 4500.40, или иным образом имеет право, исходя из семейного дохода, ему не нужно заполнять этот раздел заявления \*\***

**СОГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТА**

Я подтверждаю, что в меру моих знаний информация, указанная в этом заявлении, является правдивой. Я подаю заявку на любую государственную, федеральную или местную помощь, на которую у меня может быть право, в качестве помощи в оплате данного больничного счета. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена в больнице, и я разрешаю больнице связаться с третьими сторонами для проверки точности информации, представленной в этом заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставил недостоверную информацию в этом заявлении, я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая финансовая помощь, предоставляемая мне, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

Подпись пациента

Дата

Подпись ответственной стороны или супруга

Дата

## Обзор финансовой помощи

Компания SSM Health обязуется оказать финансовую помощь людям, не имеющим страховки, застрахованным ниже действительной стоимости, не имеющим права на государственную программу, или иным образом не в состоянии оплатить необходимую медицинскую помощь. Компания SSM Health окажет помощь в чрезвычайных медицинских ситуациях лицам, независимо от их платежеспособности.

Финансовая помощь предоставляется по скользящей шкале. Финансовые потребности каждого заявителя основаны на федеральном прожиточном минимуме, который включает в себя доходы и количество членов семьи. Финансовая потребность не учитывает возраст, пол, расу, социальный статус или статус иммигранта, сексуальную ориентацию или религиозную принадлежность. Компания SSM Health ограничивает сумму, начисляемую в чрезвычайных медицинских ситуациях и как помощь, необходимую с медицинской точки зрения, пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи в рамках этой политики не больше суммы общих расходов на оказание помощи умноженной на процент AGB

**Для подачи заявки на финансовую помощь** Вы должны заполнить заявление на предоставление финансовой помощи. Для получения бесплатного бланка заявления позвоните по телефону **(855) 989-6789** или зайдите на сайт [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid). В заявление должны быть включены следующие документы:

- Выписки из текущего и сберегательного счета (за последние три месяца)
- Справка о доходах (за последние три месяца)
- Федеральная налоговая декларация за прошлый год или письмо о непредоставлении налоговой декларации

Незастрахованные пациенты автоматически получают скидку на их счет. Это будет отмечено в Вашем платежном документе. Это не лишает Вас права на финансовую помощь. Для незастрахованных пациентов финансовая помощь применяется после скидки.

Пациенты без достаточно страхового покрытия также могут иметь право на получение помощи.

Наши финансовые консультанты помогут определить Ваше право на финансовую помощь. При необходимости они могут помочь Вам подать заявление на программу Medicaid или установить график платежей.

Ожидается, что пациенты будут сотрудничать в процессе подачи заявления на оказание финансовой помощи компании SSM Health. Право на получение финансовой помощи могут иметь только жители в первичных зонах обслуживания медицинских учреждений компании SSM Health. В тех случаях, когда пациент по-видимому имеет право на получение финансовой помощи, но не предоставлено никаких доказательств, компания SSM Health может использовать сторонние организации для определения права.

Перевод политики финансовой помощи, политики выставления счетов и сборов, обзора простым языком, и заявления на предоставление финансовой помощи представлены на следующих языках на сайте [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid): Испанский, немецкий, китайский, вьетнамский, французский, сербскохорватский, корейский, русский, тагальский, арабский, хмонг, лаосский

**Копия нашей политики выставления счетов и сборов, в которой описываются действия, которые компания SSM Health может предпринять в случае неуплаты, предоставляется бесплатно по запросу.**

Компания SSM Health может в любое время пересмотреть критерии, определяющие право на получение финансовой помощи.

Подайте заявление и всю необходимую документацию по почте, электронной почте, по факсу или лично. Будьте уверены, что компания SSM Health понимает конфиденциальность Вашей личной информации и всячески старается защитить Вашу частную жизнь.

**Адрес**

**SSM Health:** Отдел обслуживания пациентов  
Внимание: Финансовая помощь  
PO Box 28205  
St. Louis, MO 63132

**Факс**

(314) 989-6734

**E-mail**

[financialaid@ssmhc.com](mailto:financialaid@ssmhc.com)

**Иллинойс**

- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- St. Mary's Hospital (Centralia)

**Миссури**

- St. Francis Hospital and Health Services
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- SSM DePaul Health Center

**Миссури**

- SSM St. Clare Health Center
- SSM St. Joseph Health Center
- SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- Западная больница SSM Св. Иосифа
- Медицинский центр SSM Св. Марии

**Оклахома**

- Bone & Joint St. Anthony Hospital
- St. Anthony Hospital
- St. Anthony Shawnee Hospital

**Висконсин**

- St. Clare Hospital
- St. Mary's Hospital (Madison)
- St. Mary's Janesville Hospital

Идентификационный номер поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

## Лично

Обратитесь к финансовому консультанту в учреждении, в котором Вы получили помощь. Адреса указаны ниже.

**Висконсин**

**St. Clare Hospital**  
707 14<sup>th</sup> St.  
Baraboo, WI 53913

**St. Mary's Hospital**  
700 S. Park St.  
Madison, WI 53715

**St. Mary's Janesville Hospital**  
3400 E. Racine St.  
Janesville, WI 53546

**Иллинойс**

**St. Mary's Hospital - Centralia**  
400 N. Pleasant Ave  
Centralia, IL 62801

**Good Samaritan Regional Medical Center - Mount Vernon**  
1 Good Samaritan Way  
Mount Vernon, IL 62864

**Миссури**

**SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center**  
145 S. Grand Blvd.  
St. Louis, MO 63104

**SSM DePaul Health Center**  
12303 DePaul Dr.  
St. Louis, MO 63044

**SSM St. Joseph Health Center**  
300 First Capitol Drive  
St. Charles, MO 63301

**SSM St. Joseph Health Center – Wentzville**  
500 Medical Drive  
Wentzville, MO 63385

**SSM St. Joseph Hospital West**  
100 Medical Plaza  
Lake Saint Louis, MO 63367

**Миссури**

**SSM St. Mary's Health Center**  
6420 Clayton Rd.  
Richmond Heights, MO 63117

**SSM St. Clare Health Center**  
1015 Bowles Ave.  
Fenton, MO 63026

**SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City**  
2505 Mission Dr.  
Jefferson City, MO 65109

**SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain**  
620 E. Monroe  
Mexico, MO 65265

**St. Francis Hospital and Health Services**  
2016 South Main Street  
Maryville, MO 64468

**Оклахома**

**Bone & Joint St. Anthony Hospital**  
1111 N. Dewey Ave.  
Oklahoma City, OK 73103

**St. Anthony Hospital**  
1000 N. Lee  
Oklahoma City, OK 73102

**St. Anthony Shawnee Hospital**  
1102 W. Macarthur St.  
Shawnee, OK 74804