

Даты обслуживания или номера
счетов*: _____

Заявка на получение финансовой помощи

Только для служебного
пользования
Инициалы сотрудника FC: _____

Данная форма является вашей заявкой на получение финансовой помощи в вышеперечисленных больницах. Для более эффективного управления вашим лечением в случае одобрения этой единой заявки вы будете иметь право на получение помощи в каждой из этих больниц Northern Light Health. Ваша заполненная заявка будет передана в эти больницы исключительно в соответствии с требованиями законодательства.

ПАЦИЕНТ/ЗАЯВИТЕЛЬ		ИНФОРМАЦИЯ О ЗАНЯТОСТИ				НЕ ТРУДОУСТРОЕНЫ?	
ИМЯ:		ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ:				ДАТА ПОСЛЕДНЕГО РАБОЧЕГО ДНЯ:	
SSN (необязательно) :	ДАТА РОЖДЕНИЯ :	ДАТА ТРУДОУСТРОЙСТВА:				ПОЯСНИТЕ ПРИЧИНУ:	
		ДОЛЖНОСТЬ:					
МОБИЛЬНЫЙ/ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН:		ТЕЛЕФОН:					
АДРЕС:		АДРЕС:					
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА (необязательно):		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (необязательно):				(Для служебного пользования) Номер медицинской карты	
ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ. Для определения права на получение благотворительной помощи под «семьей» понимаются лица, связанные родством по факту рождения, брака или усыновления, проживающие вместе и несущие юридическую ответственность за содержание. Перечислите членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве.		Кем приходитс я пациенту	Дата рождени я	Может ли это лицо также подать заявку на получение финансово й помощи? Да/нет	Годово й доход	Название текущего плана медицинског о страхования	(Для служебного пользования) Номер медицинско й карты

ПОДАВАЛ ЛИ КТО-ТО ИЗ ДОМОХОЗЯЙСТВА ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MAINCARE ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА? _____ ЕСЛИ ДА: ПРИЛОЖИТЕ КОПИЮ ПИСЬМА С РЕШЕНИЕМ	ЕСЛИ У КОГО-ЛИБО В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ ЕСТЬ СТРАХОВКА, ПРИЛОЖИТЕ КОПИЮ КАРТОЧКИ(-ЧЕК). ПРОВЕРЬТЕ, ОФОРМЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВКА ЧЕРЕЗ ТОРГОВУЮ ПЛОЩАДКУ. Да/нет
--	---

* Счета будут соответствовать условиям этой программы только в том случае, если дата подачи заявки на финансовую помощь приходится на период, составляющий не более 240 дней с даты первой выписки по каждому

Общий <u>ежемесячный</u> доход домохозяйства	Заявитель	Созаявитель
Заработная плата и оклад		
Доход от аренды (за исключением коренных американцев/индейцев Аляски)		
Пособие по социальному обеспечению/пенсионный доход		
Самозанятость		
Военная служба/пенсия		
Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI)		
Пособия по безработице		
Алименты (при разводе до 1 января 2019 г.)		
Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или программа общей помощи (GA)		
Стипендии (для тренеров, пасторов и т. д.)		
Письмо поддержки/помощь от семьи или друзей		
Прочий облагаемый налогом доход		
ВСЕГО	\$	\$

ПОДПИСИ:			
ПАЦИЕНТ/ЗАЯВИТЕЛЬ	ДАТА	СОЗАЯВИТЕЛЬ	ДАТА

Инструкции и рабочий лист по подаче заявки на получение финансовой помощи

Благодарим вас за подачу заявки на получение финансовой помощи в Northern Light Health. Для принятия решения нам необходимо получить от вас несколько документов. Информация в заявке должна быть полной, включая сведения обо всех членах вашего домохозяйства. Также необходимо предоставить **подтверждение дохода** всех членов домохозяйства. Пациентам будет оказана помощь в оформлении доступного страхового покрытия/MaineCare и (или) услуг сторонних организаций. Для получения права на помощь вы должны быть резидентом штата Мэн в соответствии с определением 22 MRSA 1716-A; нерезиденты будут рассматриваться только для оказания неотложной помощи. **Заполните рабочий лист ниже, чтобы узнать, что от вас требуется.**

✓ **ВСЕ, ЧТО ОТНОСИТСЯ КО ВСЕМ ЧЛЕНАМ ВАШЕГО ДОМОХОЗЯЙСТВА**

ЕСЛИ КТО-ТО...

✓ **ФЛАЖОК** **ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ КОПИИ СЛЕДУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ:**

Получает заработную плату от работодателя до вычетов		Последние расчетные листы или отчеты о заработной плате с каждого места работы, показывающие валовой доход за последние 13 недель или 12 месяцев
Получает доход от аренды (за исключением коренных американцев/индейцев Аляски)		Отчет о прибылях и убытках за последние 13 недель или 12 месяцев
Является самозанятым		Отчет о прибылях и убытках за последние 13 недель или 12 месяцев
Является безработным, получающим пособие по безработице		Еженедельный страховой отчет, показывающий валовой доход за последние 13 недель. Чтобы запросить письмо, позвоните по номеру 1-800-593-7660 или перейдите на сайт https://www.maine.gov/labor/unemployment
Получает алименты или пособия для членов семьи военнослужащих		Письмо о льготах или назначении пособия (если лицо получает алименты и развод состоялся до 1 января 2019 года) либо подтверждение дохода/выплат за последние 13 недель или 12 месяцев
Получает пособие по краткосрочной или долгосрочной нетрудоспособности		Письмо о льготах или назначении пособия, подтверждающее доход за последние 13 недель или 12 месяцев (подтверждающее письмо, если ожидается получение пособия по инвалидности)
Получает дополнительный социальный доход/пособие по нетрудоспособности (SSI/SSDI)		Письмо о назначении пособия за текущий год. Вы можете запросить копию письма о льготах, позвонив по номеру 1-877-405-1448 (район Бангора) или 1-877-319-3076 (район Портленда)
Получает дивиденды, проценты, роялти от наследства или трастов		Сведения о валовом доходе/выплатах за последние 13 недель или 12 месяцев
Является пенсионером, получающим пенсионные выплаты		Письмо или выписка о выплатах пособий (если тип счета 401K, IRA и т. д.), демонстрирующие валовой доход за последние 13 недель
Получает выплаты в рамках программ TANF или GA		Письмо-решение от Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб, DHHS)
Не работает, но получает помощь от друзей или семьи		Предоставьте письмо с объяснением получаемой вами поддержки, подписанное лицом, оказывающим эту поддержку
Является студентом		Если вы указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации, вас могут попросить предоставить информацию об уровне поддержки

* Предоставьте копии отчетов о доходах, как указано выше; оригиналы не возвращаются.

Для получения финансовой помощи пациентам будет оказана поддержка с оформлением доступного страхового покрытия/участия в программе MaineCare и (или) получения поддержки через сторонние организации.

*** Позвоните в Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб, DHHS) по номеру 1-800-442-6003 или посетите веб-сайт <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>**

Примечание. Если вы недавно подавали заявление в DHHS, сообщите нам об этом и перешлите копию письма с решением, как только получите его.

** Если DHHS отказывает вам в выплате сверх дохода, вы все равно можете претендовать на франшизу (сокращение расходов).*

- ❖ Ваша заявка должна быть подписана и датирована, что подтверждает точность предоставленной информации.
- ❖ Если у вас есть вопросы о процессе подачи заявки, позвоните по номеру телефона, указанному в вашем счете.
- ❖ Если вы не предоставите необходимую информацию, срок рассмотрения заявки может быть увеличен или она будет отклонена.
- ❖ Обратите внимание, что любая предоставленная информация, которая будет признана ложной, приведет к отказу в финансовой помощи, а заявитель будет нести финансовую ответственность за оплату услуг, предоставленных больницей.
- ❖ Обратите внимание, что умышленное предоставление ложной информации является незаконным.
- ❖ Адреса для отправки заявок:

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Sebec Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

Заявление о недопущении дискриминации

Организация Northern Light Health и ее филиалы (Northern Light Health) соблюдают применимые законы о гражданских правах и не допускают исключения или дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, умственных или физических способностей или инвалидности, политической принадлежности, религии, культуры, социально-экономического статуса, генетической информации, статуса ветерана, пола (включая половые характеристики), интерсексуальных признаков, беременности или связанных с ней состояний, сексуальной ориентации, гендера, гендерной идентичности или гендерного самовыражения, а также языка.

Northern Light Health предоставляет следующие бесплатные услуги, которые позволяют людям эффективно общаться:

- квалифицированные переводчики;
- квалифицированные сурдопереводчики;
- информация на других языках;
- письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы).

Если вы считаете, что организация Northern Light Health или любой из ее филиалов не предоставили эти услуги или допустили какую-либо дискриминацию, или если у вас есть какие-либо вопросы или вам необходима помощь с подачей жалобы о нарушении гражданских прав, свободы совести или вероисповедания или о неразглашении медицинской информации, вы можете обратиться в Northern Light Health или Federal Office of Civil Rights (Федеральное управление по гражданским правам, OCR):

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, телетайп: 711 (Maine Relay) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
--	--

Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Сообщите нам ваш основной язык, и мы предоставим вам переводчика для оказания помощи.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, អ្នកនឹងទទួលបានសេវាបំប្រែភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ហៅលេខ 1-888-986-6341 (TTY: 711)។

អ្នក ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711)។

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

З в о н и т е 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

Arabic: (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-888-986-6341 رقم.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986- 6341 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้าว

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam në Thuonjaŋ, ke kuony yenë kɔc waar thook ato ʔuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).