



Инструкции для заполнения заявки на получение финансовой помощи

Мы оказываем финансовую помощь на получение услуг, необходимых по медицинским показаниям пациентам, соответствующим определенным критериям. Критерии для получения финансовой помощи основываются на Федеральном прожиточном минимуме (публикуемом ежегодно в Федеральном реестре). Пациенты, указывающие на то, что у них нет ни страховки, ни каких-либо других средств оплаты услуг, необходимых по медицинским показаниям, могут подать заявку на получение финансовой помощи.

ПРЕДОСТАВЬТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

- **ЗАПОЛНЕННАЯ ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**
(незаполненные заявки рассматриваться не будут)
- **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА ДОМОХОЗЯЙСТВА**
Для жителей шт. Мичиган — последние платежные квитанции за предыдущие 4 платежных периода, последние банковские выписки за предыдущие 2 месяца, иные подтверждения дохода, активы (403b, 401k, и т.д.).
Для жителей шт. Огайо — последние платежные квитанции за предыдущие 3 месяца до оказания услуг
- **ФОРМА ПРОВЕРКИ ДОХОДА** (ЕСЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ У ВАС НЕТ НИКАКОГО ДОХОДА)
- **КОПИЯ ПОСЛЕДНЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ФИНАНСОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ**
- **УВЕДОМИТЕ, ЕСЛИ КАКАЯ-ЛИБО ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕДОСТУПНА**

Для обработки заявки может потребоваться 30 дней. McLaren Health Care может запросить дополнительные финансовые документы, необходимые для обработки заявки на получение финансовой помощи. Недостающие документы и/или неполные заявки и документы могут задерживать обработку заявки.

ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ЗАЯВКУ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 14 (ЧЕТЫРНАДЦАТИ) ДНЕЙ ПО АДРЕСУ:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315
ИЛИ на почту FinancialAssistance@mcclaren.org

Вся запрошенная информация должна быть предоставлена, чтобы она могла быть обработана/рассмотрена в целях оказания финансовой помощи
Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна помощь в заполнении заявки, обратитесь в:
Финансовые услуги для пациентов Отдел
клиентского обслуживания
(844) 321-1557



Форма проверки дохода

Эту форму следует использовать только в том случае, когда заявитель не имеет дохода.

Необходимо заполнить все поля этой формы, иначе она будет недействительной.

Имя заявителя:	Текущий адрес заявителя:
----------------	--------------------------

Проверка дохода заявителя
<p>Я, _____, заявляю, что у меня нет заработанного или нетрудового дохода. Я разрешаю McLaren Health Care проверить это заявление. Я понимаю, что если McLaren Health Care обнаружит, что я имею заработанный или нетрудовой доход, я буду лишен(а) права на получение финансовой помощи.</p> <p>В настоящее время меня поддерживают (укажите, как вы покрываете основные расходы, расходы на еду, одежду, жилье, включая имена всех лиц, оказывающих поддержку):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Я понимаю, что представитель McLaren Health Care может связаться с лицами, перечисленными выше, с целью проверки предоставленной информации.</p>

Подпись
<p>Подпись заявителя: _____</p> <p>Имя печатными буквами: _____</p> <p>Дата: _____</p>

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Другое _____

Запрос финансовой помощи

Сумма задолженности _____ Учетные номера _____

Имя пациента _____ № социального страхования _____ Дата рождения _____

Домашний адрес _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Домашний телефон _____ Другой телефон _____

Имя ответственного лица (поручитель) _____ № социального страхования _____ Дата рождения _____

Работодатель _____ Рабочий телефон _____

Выберите один вариант: Активно занятый Самозанятый Безработный На пенсии Нетрудоспособный

Если занятый – вы работаете: Полное время Неполное время Время от времени Часов в неделю в среднем _____

Имя супруга _____ № социального страхования _____ Дата рождения _____

Работодатель супруга _____

Выберите один вариант: Активно занятый Самозанятый Безработный На пенсии Нетрудоспособный

Если занятый – вы работаете: Полное время Неполное время Время от времени Часов в неделю в среднем _____

Имя и возраст иждивенцев (включая себя и супруга) _____

СБЕРЕЖЕНИЯ (депозиты, ценные бумаги, личный пенсионный счёт), чековые счета и счета в кредитных союзах

Название банка	Город	Тип счета	Баланс

У вас есть свой дом? Да Нет Если да, укажите ниже.

Есть ли у вас какая-либо другая собственность? Автомобили, кемперы, другая недвижимость Да Нет Если да, укажите ниже.

ИМУЩЕСТВО

Имущество – дом, автомобиль и т.д.	Рыночная цена	Сумма задолженности по кредиту

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ДОХОДЫ И РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Статья дохода	Сумма (ежемесячно)	Статья расхода	Сумма (ежемесячно)
Общая заработная плата домохозяйства до вычетов		Арендная плата/ипотека	
Социальные пособия		Налоги на имущество	
Процентный доход		Автомобиль	
Рентный доход		Страхование: домовладение	
Алименты		Страхование: автомобиль	
Пособие на ребенка		Страхование: здоровье	
Пенсия		Страхование: жизнь	
Общая помощь		Коммунальные услуги	
Пособие по безработице		Продукты	
Федеральная помощь/помощь штата		Бензин	
Пожертвования других лиц		Медицинские услуги	
Доход по земельному контракту		Алименты/расходы на детей	
Пособие по нетрудоспособности		Прочее (указать)	
Выплаты семьям военнослужащих		Прочее (указать)	
Прочее (укажите)		Прочее (указать)	

ССУДЫ В РАССРОЧКУ И КРЕДИТНЫЕ КАРТЫ

Кредитор	Остаток долга	Месячный платеж

Общий доход	Общие расходы

Приложите дополнительные пояснения в отношении ваших доходов и расходов, касающиеся вашей заявки.

Настоящим я подтверждаю, что приведенная выше информация является верной, насколько мне известно. Я разрешаю McLaren Health Care Corporation (МНСС) и ее дочерним компаниям проверять любую информацию на предмет полноты и точности. Я также разрешаю передавать такую информацию МНСС и ее аффилированным лицам. Я понимаю, что в качестве благотворительной организации МНСС может предоставить мне льготный или бесплатный уход. Я также понимаю, что в процессе принятия решения может быть получена личная кредитная история.

Подпись пациента или ответственного лица

Дата

Подпись супруга

Дата

Одобрения действительны в течение двенадцати месяцев, после чего потребуются обновленная информация для любых будущих услуг. В отношении любой оставшейся задолженности должны быть приняты согласованные договоренности об оплате, и они могут быть пересмотрены по усмотрению МНСС.

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА

ДАТА

РЕШЕНИЕ:

--