

Финансовая помощь UPMC Информация о заявлении

UPMC оказывает финансовую помощь на медицинское обслуживание, предоставляемую организациями UPMC и аффилированными врачами UPMC лицам и семьям, отвечающим соответствующим критериям. В зависимости от того, насколько трудным является ваше финансовое положение, вам могут быть предоставлены скидки по оплате или бесплатное лечение.

Вам может быть оказана финансовая поддержка, если вы отвечаете следующим критериям:

- на действующую страховку распространяются ограничения или страховка отсутствует;
- вы не отвечаете критериям государственных программ страхования (например, Medicare или Medicaid);
- вы можете доказать наличие финансовых затруднений;
- вы проживаете на основной территории обслуживания поставщика услуг UPMC;
- вы можете предоставить UPMC необходимую информацию о финансовом состоянии вашей семьи;
- у вас есть медицинские счета на сумму, превышающую ваши возможности оплатить их, согласно определению в рекомендациях UPMC.

Информация о процедуре подачи заявления

Чтобы подать заявку на финансовую помощь UPMC, необходимо выполнить следующие шаги.

- Вы заполняете прилагаемую к данному пакету документов форму Заявления на получение финансовой помощи UPMC.
 - > Необходимо приложить сопроводительные документы, указанные в перечне.
 - > Обратите внимание на то, что вам в первую очередь необходимо проверить, полагаются ли вам некоторые страховые льготы, которые могли бы покрыть ваше лечение (например, компенсация работникам, автомобильная страховка и программа Медицинской помощи). Мы подскажем вам, как получить за счет них подходящие ресурсы.
 - > Мы рассмотрим ваш уровень дохода, имущество и размер семьи, чтобы определить, какой уровень помощи вам полагается. Мы используем скользящую шкалу, разработанную по рекомендациям федерального правительства для расчета уровня бедности.
- Мы свяжемся с вами и сообщим вам о том, соответствуете ли вы критериям финансовой помощи UPMC.
- Мы можем помочь вам составить схему выплат любых оставшихся платежей и по любым счетам, которые не покрываются в рамках финансовой помощи UPMC.

Подача заявления

Отправьте заполненную форму заявления и копии документов, подтверждающих ваш доход, по адресу:

Финансовая помощь UPMC

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Пациенты больниц UPMC Kane, UPMC Susquehanna и UPMC Chautauqua WCA могут отправить документы с заявлением по адресам далее, соответственно:

UPMC Kane

4372 Route 6
Kane, PA 16735
814-837-8585

UPMC Susquehanna

Отдел финансового обслуживания пациентов
1205 Grampian Blvd.
Williamsport, PA 17701
1-800-433-0816 или **570-326-8196**

UPMC Chautauqua WCA

Отдел финансового обслуживания пациентов
207 Foote Avenue
Jamestown, NY 14701
1-855-221-0343 или **716-664-0459**

Если у вас возникли вопросы, позвоните по бесплатному номеру **1-800-371-8359**, нажмите пункт меню **2**.
Дополнительная информация также доступна через Интернет по адресу **UPMC.com/PayMyBill**.

Финансовая помощь UPMC. Перечень документации

К заявлению должны быть приложены копии ваших любых указанных ниже документов. Будьте внимательны. Не прилагайте оригиналы документов, так как UPMC не возвращает документы, отправленные с данным заявлением. Если какие-либо из документов не будут приложены к заявлению, то это скажется на сроках его обработки.

Если у вас есть доходы или активы, такие как:

- оклад, зарплата, даровые доходы;
- доходы от бизнеса;
- доходы социального страхования;
- пенсия или пенсионный доход;
- дивиденды и проценты;
- арендная плата и лицензионные платежи;
- выплата льготного пособия по безработице;
- компенсация работникам;
- алименты и пособие на ребенка;
- юридические решения;
- наличные средства, банковские счета и счета денежного рынка;
- подлежащие оплате депозитные сертификаты, взаимно предоставляемые фонды, облигации или другие конвертируемые инвестиции, которые можно обналичить без пени.

Приложите дополнительные документы, подтверждающие доход вашей семьи. К таким документам могут относиться:

формы 1099 службы социального обеспечения или письма о назначении пособий;

письма о присвоении статуса безработного или назначении компенсации работникам;

квитанции о начислении заработной платы за последние три месяца;

последние формы 1040 для Налогового управления США (IRS Form 1040) и соответствующие тарифные таблицы;

если вы являетесь частным предпринимателем, то необходимо приложить Форму С и / или отчет о прибылях и убытках.

письма-поручительства;

другие доходы, например фонды доверительного владения, благотворительные организации и т. д. (выписка за прошлый или текущий месяц).

Приложите дополнительные документы, подтверждающие ваши активы. К таким документам могут относиться:

банковские выписки о балансе счета, отчеты о состоянии взаимно предоставляемых фондов, счета денежного рынка, требования оплаты ценных бумаг наличными при поставке, облигации и т. д. (выписка за прошлый или текущий месяц со всех счетов);

Если у вас нет доходов:

Если у вас нет источника доходов, отправьте нам спонсорское письмо. Лицо, оказывающее вам спонсорскую поддержку, должно подписать данное письмо.

Письмо об отказе в приеме в программу Медицинской помощи

Вам необходимо подать заявку на участие в программе Медицинской помощи, а нам отправить копию полученного письма об отказе в приеме в программу, чтобы мы могли одобрить ваше заявление.

Заполненная и подписанная форма Заявления на получение финансовой помощи

Заполните все касающиеся вас разделы формы. Обратите внимание на то, что на каждого пациента, отправляющего запрос на получение финансовой помощи, заполняется отдельное заявление.

Финансовая помощь UPMC. Форма заявления

Имя, фамилия пациента:			
Дата рождения пациента:		Номер полиса социального страхования пациента:	
Адрес:		Номер телефона в рабочие часы:	
Город:	Штат:	Дополнительный номер телефона:	
Индекс:	Округ:		
Имя и фамилия работодателя:		Имя и фамилия работодателя супруга(-и):	

Запрашиваемые услуги: Отметьте те услуги, для оплаты которых вы запрашиваете финансовую помощь.

Данные услуги были оказаны (отметьте все, что применимо):			
Больницы и клиники UPMC	Отделение терапевтических услуг UPMC	Онкологические центры UPMC	
Если вы уже получили счет, укажите номер своей карты или идентификационный номер пациента: _____			
Есть ли у вас медицинская страховка?	Да	Нет	
подавали ли вы заявку на участие в программе Медицинской помощи в последние 6 месяцев?	Да	Нет	
> Если «да», то приложите копию Письма об отказе.			

Информация о семье: Перечислите ВСЕХ проживающих с вами членов семьи, которые были указаны в последней форме 1040 для Налогового управления США (IRS Form 1040). Если у члена вашей семьи есть отдельный счет за медицинское обслуживание UPMC, который необходимо учесть для получения финансовой помощи, поставьте галочку в колонке «Счет за медицинское обслуживание UPMC»

Ф. И. О.	Кем приходится пациенту	Возраст	Счет за медицинское обслуживание UPMC

Общее количество членов семьи (включая пациента): _____

Ежемесячный доход на семью: Укажите ваш собственный ежемесячный доход и доход остальных членов семьи. Приложите также экземпляры документов, подтверждающих ваш доход и активы (см. перечень документации).

Общий ежемесячный доход	Собственный	Супруга(-и) и / или другого члена семьи
Заработная плата / частное предпринимательство	\$	\$
Программа социального обеспечения	\$	\$
Пенсия или пенсионный доход	\$	\$
Дивиденды и проценты	\$	\$
Арендная плата и лицензионные платежи	\$	\$
Безработный	\$	\$
Компенсация работникам	\$	\$
Алименты и пособие на ребенка	\$	\$
Наличные средства	\$	\$
Банковские счета	\$	\$
Счета денежного рынка	\$	\$
Другой источник доходов	\$	\$
Итого доходов на семью в месяц	\$	\$

Дополнительные комментарии:

Отказ от ответственности. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет использоваться только в целях определения финансовой ответственности за мои выплаты в адрес UPMC (медицинское обслуживание, включая услуги больницы и терапевта), а также то, что в отношении информации будет соблюдена конфиденциальность. Я понимаю, что отправленные мной материалы в доказательство моих доходов и активов не будут мне возвращены. Я также понимаю, что информация, предоставленная мной в отношении годового дохода моей семьи и размера семьи, подлежит проверке UPMC, включая, при необходимости, запрос финансовой информации у работников, банков и других организаций, указанных мной в настоящем заявлении. Я понимаю, что если будет доказано, что предоставленная мной информация окажется ложной, то это может привести к отзыву решения о предоставлении финансовой помощи, а мне придется выплатить полную сумму платежей.

Подписывая данную форму, я разрешаю UPMC проверить всю предоставленную в ней информацию. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и точной.

Подпись: _____

Кем приходится пациенту: _____

Дата: _____