

Информация о подаче заявления на получение финансовой помощи UPMC

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 от UPMC, необходимо выполнить указанные ниже шаги.

- Заполнить прилагаемую к данному пакету документов форму заявления на получение финансовой помощи от 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 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 для получения финансовой помощи от UPMC.
- Мы можем помочь вам составить схему выплат любых оставшихся платежей и по любым счетам, которые не покрываются в рамках финансовой помощи от UPMC.

Подача заявления

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

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Пациенты больниц Kane Community Hospital и UPMC Jameson могут отправить документы с заявлением по адресам, указанным далее:

Kane Community Hospital

4372 Route 6

Kane, PA 16735

UPMC Jameson

Кому: Billing Office 1211 Wilmington Rd.
New Castle, PA 16105

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 любых из указанных ниже документов. Будьте внимательны, не прикладывайте 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;
- средства, полагающиеся вам по судебному решению;
- наличные средства, банковские счета и счета денежного рынка;
- подлежащие оплате депозитные сертификаты, взаимно предоставляемые фонды, облигации или другие инвестиции в простом владении, 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 налоговой службы 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;
- 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. (выписки за последние 3 месяца);
- письма-поручительства;
- другие доходы, например фонды доверительного владения благотворительные организации и т. д. (выписки за последние 3 месяца).

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

Ф.И.О. пациента:	
Дата рождения пациента:	Номер полиса социального страхования пациента:
Адрес:	
Город:	Штат:
Индекс:	Округ:
Номер домашнего телефона:	
Дополнительный номер телефона:	
Ф.И.О. работодателя:	Ф.И.О. работодателя супруга(-и):

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

Данные услуги были оказаны в (отметьте все, что применимо):

Больницах и клиниках UPMC Отделении терапевтических услуг UPMC Онкологических центрах 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 налоговой службы США (IRS Form 1040).

Ф.И.О.	Кем приходится пациенту	Возраст

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 (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	\$	\$
Пособия по безработице	\$	\$
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: _____