

John Muir Health рады предложить программу для наших пациентов, которым нужна помощь в оплате медицинских счетов. Программа полностью финансируется John Muir Health в рамках нашей основной приверженности обществу, которому мы служим. Имейте в виду, что принятие в программу финансовой помощи пациентам John Muir Health не распространяется на услуги поставщиков, которые не работают непосредственно в медицинском центре, или на услуги, которые предоставляются за пределами одной из наших больниц. Программа покрывает только счета за предоставленные больничные услуги, за которые вам был выставлен первоначальный счет в течение последних восемь месяцев, и не покрывает автоматически будущие услуги.

Для того, чтобы ваша заявка была рассмотрена, необходимы определенные документы. Пожалуйста, предоставьте информацию, как указано ниже, для себя и любых взрослых, проживающих в вашей семье, которые сообщают о вас в своих налоговых декларациях или помогают вам с расходами на проживание, поскольку программа финансовой помощи основана на доходе семьи. Если вы не можете предоставить следующую информацию, пожалуйста, предоставьте письменное объяснение.

**Начальные квалификационные требования:**

- Доход вашей семьи должен быть ниже 400% федерального уровня бедности (FPL) на основе количества членов семьи. Пожалуйста, см. таблицу ниже для пороговых значений дохода.

Размер семьи	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>400% FPL</b>	60 240 долларов США	81 760 долларов США	103 280 долларов США	124 800 долларов США	146 320 долларов США	167 840 долларов США	189 360 долларов США	210 880 долларов США	232 400 долларов США	253 920 долларов США

**Требования к документации:**

- Последний поданный и подписанный возврат налогов и самый последний W-2
- Копия платежных квитанций за последние два платежных периода
- Подтверждение арендных / ипотечных платежей за последние три месяца
- Самые последние выписки по всем инвестиционным счетам
- Банковские выписки за последние три месяца, все страницы – проверка и сбережения
- Выписка из школы и финансовая помощь, если применимо

Кроме того, если у вас нет страховки:

- Пациент должен подать заявку на медицинское страхование через Covered California (888) 975-1142, если он старше 18 лет, и предоставить копию письма с определением, в котором указывается, отказался ли заявитель от участия в программе или имеет ли он право на участие в программе. Приложите копию страховой карты, если применимо.
- Если пациент является несовершеннолетним или содержит несовершеннолетних детей, он должен подать заявление на участие в программе Medi-Cal по номеру (800) 709-8348 и предоставить копию письма с определением, в котором указывается, имеет ли он право на участие в программе или ему отказано в ее участии.

Кроме того, если у вас есть страховка:

- Доказательство того, что ваши медицинские расходы (включая все расходы в вашем домохозяйстве) превышают 10% дохода вашей семьи за последние 12 месяцев подачи заявления или текущий семейный доход в зависимости от того, что меньше.

Мы должны получить эту информацию в течение 30 дней после получения этого письма. ПРИМЕЧАНИЕ: Если ваше подписанное заявление и заполненная информация не будут получены к указанной дате, John Muir Health не сможет рассмотреть ваш запрос о помощи, и заявление будет отклонено.

Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с нашим отделом обслуживания клиентов по адресу: (925) 947-3336.

Спасибо.

<b>1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</b>		
Фамилия	Имя	Дата рождения:

<b>2. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ</b>	Отношение к пациенту <input type="checkbox"/> Само лицо <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Другое _____	Семейное положение <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Один		
	Фамилия	Имя	Дата рождения	Страховой номер
Адрес улицы(без абонентских ящиков)	Город	Штат	Округ	Почтовый индекс
Как долго вы проживаете по этому адресу?	Вы трудоустроены в данный момент?		Как долго?	
Домашний телефон	Мобильный телефон		Другой контакт	

<b>3. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>				
Есть ли у пациента законный опекун? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если да, пожалуйста, предоставьте ниже информацию об опекуне)				
Фамилия	Имя	Отношение к пациенту <input type="checkbox"/> Само лицо <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Другое _____		
Адрес, улица	Кв/Ст	Город	Штат	Почтовый индекс

<b>4. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И ПРОЖИВАНИИ</b> (Для лица, несущего финансовую ответственность за учетную запись, если оно отличается от пациента)	
Вместе с вами сколько человек проживает в вашей семье? _____	
Сколько членов семьи вносят свой вклад в ваши финансы? _____	
Как много членов домохозяйства живут с вами до возраста 21 года, за которых вы несете финансовую ответственность? _____	
Имя _____	Возраст _____
Имя _____	Возраст _____
Имя _____	Возраст _____
Имя _____	Возраст _____
У вас есть свой дом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вы проживаете в доме своих родителей или другого взрослого? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вы платите арендную плату? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Размер арендной платы в месяц? _____	
Как вы оплачиваете ипотеку/арендную плату? _____	
Работаете ли вы в счет оплаты арендную плату/расходов на проживание? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Пожалуйста, объясните: _____	
Получаете ли вы финансовую поддержку полностью или частично от взрослых членов, с которыми проживаете? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Получаете ли вы какой-либо из следующих видов финансовой помощи? Пожалуйста, выберите все приемлемые варианты.

- Расходы на проживание  
 Медицинские счета  
 Другое \_\_\_\_\_

Предполагаемая общая сумма финансовой помощи: \$ \_\_\_\_\_ / месяц или \$ \_\_\_\_\_ / год

Получаете ли вы в настоящее время финансовую помощь для посещения школы?  Да  Нет

Общая сумма финансовой помощи: \$ \_\_\_\_\_ / семестр или \$ \_\_\_\_\_ / год

Получаете ли вы в настоящее время государственную помощь? Пожалуйста, выберите все приемлемые варианты.

- Продовольственные талоны       Жилищная помощь       Оплата производственной травмы  
 Инвалидность       Социальное обеспечение/WIC  
 Другое (пожалуйста, укажите): \_\_\_\_\_

Ваш родитель или опекун заявляет, что вы являетесь иждивенцем при уплате подоходного налога?

- Да  Нет

Вы подавали налоги в прошлом году?  Да  Нет

Ваш скорректированный валовой доход был меньше 13 850 долларов США?  Да  Нет

### **5. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАНЯТОСТИ И МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

*(для пациента на учете)*

Работаете ли вы в настоящее время или работали ли вы в то время, когда вы получали медицинское обслуживание?  Да  Нет

Предлагает ли ваш работодатель медицинскую страховку своим сотрудникам?  Да  Нет

У вас есть эта медицинская страховка?  Да  Нет

Если нет, объясните, почему. \_\_\_\_\_

Работает ли ваш супруг/партнер по дому (или родитель, если пациент несовершеннолетний) в настоящее время или работал в то время, когда вы получали медицинское обслуживание?  Да  Нет

Предлагает ли работодатель вашего супруга/супруги (или родителя, если пациент несовершеннолетний) медицинскую страховку своим сотрудникам?  Да  Нет

У вас есть эта медицинская страховка?  Да  Нет

Если нет, объясните, почему. \_\_\_\_\_

### **6. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ**

*(для пациента на учете)*

Подавали ли вы заявку на участие в какой-либо из перечисленных ниже программ в течение последних 12 месяцев с момента подачи заявки? Пожалуйста, выберите все применимые программы.

- Medi-Cal     Healthy Families     Medicare     Базовый уход за взрослыми  
 Жертвы насильственных преступлений     Государственная инвалидность

**7. ДОХОДНЫЕ АКТИВЫ**

(Для лица, несущего финансовую ответственность за учетную запись, если оно отличается от пациента)

Есть ли у вас что-либо из перечисленного ниже? (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Дом             | <input type="checkbox"/> Аренда недвижимости | <input type="checkbox"/> Расчетный счет  | <input type="checkbox"/> Сберегательный счет |
| <input type="checkbox"/> Кредитные карты | <input type="checkbox"/> Инвестиционный счет | <input type="checkbox"/> Акции/облигации | <input type="checkbox"/> Депозитарная ячейка |

**8. СОПУТСТВУЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

(ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ВСЕХ ВЗРОСЛЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕМЬЕ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТ ВАШИ ФИНАНСЫ)

В заявлении может быть отказано, если не предоставлены все документы. Если документ недоступен, объясните, почему.

- Копия подписанной декларации о подоходном налоге (форма 1040), которая была подана последней для каждого члена вашей семьи, подавшего налоговую декларацию.
- Текущие платежные квитанции (последние два платежных периода)
- Подтверждение арендных / ипотечных платежей за последние три месяца
- Самые последние выписки по всем инвестиционным счетам
- Банковские выписки за последние три месяца, все страницы – проверка и сбережения
- Выписка из школы и финансовая помощь (если применимо)
- Копия справки о социальном обеспечении, инвалидности, пенсии и/или пособия по безработице (если применимо).
- Копия судебного постановления об алиментах или квитанции об уплате алиментов (если применимо)

**9. КОММЕНТАРИИ**

Укажите любую дополнительную информацию, которую вы хотите указать, но которая не отражена в этом приложении.

**10. ПОДПИСЬ И ДАТА (ТРЕБУЕТСЯ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ)**

Я подтверждаю, что вся информация является достоверной и полной, и настоящим разрешаю John Muir Health запросить кредитный отчет и/или проверить любую из приведенной выше информации, если это будет сочтено необходимым. Я понимаю, что неполные заявки, в том числе заявки без подписи, могут быть отклонены. Я согласен уведомлять John Muir Health о любых изменениях в моем финансовом положении, которые могут повлиять на мое право на получение финансовой помощи.

**Подпись заявителя**

---

**Дата**

---

**ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ЗАЯВКУ И ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ ПО АДРЕСУ:**

**JOHN MUIR HEALTH  
5003 COMMERCIAL CIRCLE  
CONCORD, CA 94520  
ATTN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

**Ваше заполненное заявление о помощи  
пациенту вместе с запрошенной  
документацией должно быть возвращено  
в течение  
30 дней с момента получения этого письма**

**Пожалуйста, не забудьте заполнить всю заявку и отправить ее  
со всеми необходимыми документами, перечисленными в  
сопроводительном письме.**

**Неполные заявки могут не соответствовать квалификационным требованиям  
программы.**

**Если ваше заявление и документы не будут получены к указанной выше дате, будет  
считаться, что вы решили не продолжать рассмотрение своего заявления, и оно будет  
закрыто.**

**Пожалуйста, свяжитесь со службой поддержки по телефону 925-947-3336, если:**

- У вас есть вопросы по заявке
- Вам нужна помощь в заполнении заявки
- Вам нужно больше времени для заполнения заявки