



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Телефон: 417-269-0523 (Спрингфилд) или 417-348-8930 (Брэнсон) или 417-354-1118 (Монетт) или 417-681-5100 (Barton)

Электронная почта: Admissions – FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Важно! ВОЗМОЖНО, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СО СКИДКОЙ. Заполнение настоящего заявления поможет CoxHealth определить, можете ли вы получать медицинские услуги со скидкой, или имеете ли вы право на участие в других государственных программах, которые помогут вам оплатить медицинское обслуживание.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СО СКИДКОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. Вместе с тем, для участия в некоторых государственных программах, включая Medicaid, номер социального страхования требуется. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, но он помогает больнице определить, имеете ли вы право на участие в каких-либо государственных программах.

Заполните эту форму и передайте ее в больницу напрямую или отправьте по почте:

CoxHealth Кому: Financial Counselors (консультантам по финансовым вопросам) 1423 N. Jefferson Ave. Springfield, MO 65802 Факс 417-269-0518	Cox Medical Center Branson Кому: Financial Counselors (консультантам по финансовым вопросам) PO Box 650 Branson, MO 65615 Факс 417-335-7071	Cox Monett Hospital Кому: Financial Counselors (консультантам по финансовым вопросам) 801 N. Lincoln Ave. Monett, MO 65708 Факс 417-354-1185	Cox Barton County Hospital Кому: Financial Counselors (консультантам по финансовым вопросам) 29 NW 1 st Lane Lamar, MO 65759 Факс 417-681-5266
--	---	--	---

или по электронной почте на адрес Admissions - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com, чтобы подать заявку на предоставление медицинских услуг со скидкой. Вы должны это сделать не позднее, чем по истечении 240 дней после выставления вам первоначального счета.

Пациент подтверждает, что он или она добросовестно предпринял(-а) необходимые усилия, чтобы предоставить всю информацию, запрошенную в бланке заявления, и оказать помощь больнице в определении того, имеет ли пациент право на получение финансовой помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ		
ФИО пациента	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)
Пациент		Лицо, отвечающее за оплату счета
Вы постоянно проживали в штате Миссури во время предоставления услуг? Да ___ Нет ___		ФИО
Улица		Улица
Город, штат, индекс		Город, штат, индекс
Телефон: ()		Телефон: ()
Электронная почта:		Электронная почта:
ИНФОРМАЦИЯ О ЗАНЯТОСТИ		
Работодатель пациента	Работодатель супруга(и)/партнера/опекуна	
Улица	Улица	
Город, штат, почтовый индекс	Город, штат, почтовый индекс	
Телефон: ()	Телефон: ()	
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		
1. Необходимость в получении услуг возникла в результате несчастного случая?	Да ___ Нет ___	
2. Необходимость в получении услуг возникла в результате того, что пациент стал жертвой преступления?	Да ___ Нет ___	
3. Число членов семьи пациента и/или лиц, проживающих вместе с ним		
4. Число лиц, которые являются иждивенцами* пациента?		
5. Укажите возраст иждивенцев* пациента		
6. Был(а) ли пациент(ка) разведен(а), раздельно проживал(а) с супругом(-ой), или участвовал(а) в процедуре расторжения брака во время предоставления услуг или позже?	Да ___ Нет ___	
7. Был(а) ли пациент(ка) зависимым (зависимой) от родителя, который(-ая) был(а) разведен(а), раздельно проживал(а) с	Да ___ Нет ___	

супругом(-ой), или участвовал(а) в процедуре расторжения брака во время предоставления услуг или позже?	
8. Если вы ответили «да» на вопрос 6 или 7, то кто несет ответственность за оплату предоставляемых пациенту медицинских услуги в соответствии с соглашением/постановлением о разводе или раздельном проживании супругов? ФИО: _____ Взаимоотношения: _____ Адрес: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: (_____) _____	
*Иждивенец означает несовершеннолетнего или лицо, указанное в качестве зависимого в федеральной налоговой декларации.	

В РАЗДЕЛЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ВИДЫ СТРАХОВЫХ ПОКРЫТИЙ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛУЧЕННЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ			
Тип страхования	Название страхования	Номер полиса	Номер группы
Медицинское страхование			
Страхование Medicare			
Страхование Medicare Supplement			
Страхование Medicaid			
Льготы для ветеранов			

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД И РАСХОДЫ

Приложите следующие документы в качестве подтверждающих ваш доход:

- А. Последняя фед. налоговая декларация
 В. Последние форма W-2 и форма 1099
 С. Два (2) посл. корешка зарплатного чека
 D. Письмо от работодателя с подтверждением дохода, если была оплата наличными — если нет налоговой декл. или W-2
 E. Подтверждение того, что вы не должны подавать налоговую декларацию (форма IRS 4506)

**	Пациент	Супруг(а)/Партнер	Родители/Опекуны
Ежемесячная заработная плата до удержания налогов			
Доход от самостоятельной занятости			
Социальное страхование			
Социальное страхование по нетрудоспособности			
Частное страхование по нетрудоспособности			
Инвалидность ветерана в результате военной службы			
Пенсия ветерана			
Пособие по безработице			
Пособие по нетрудоспособности			
Пенсионный доход			
Пособие на ребенка			
Алименты или другая помощь со стороны супруга(-и)			
Временное пособие для нуждающихся семей (TANF)			
Другое, перечислить			
РАСХОДЫ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ		
Расходы на жилье			
Коммунальные услуги (телефон, газ, электричество, вода)			
Питание			
Уход за ребенком			
Транспорт			
Медицинские расходы			
Другие расходы			

* * * Заполнение приведенной выше таблицы является необязательным, если вы обращаетесь за помощью, относящейся исключительно к амбулаторному обслуживанию.

Подтверждение отправления заявки на участие в программах Missouri Health Net, Medicaid или Marketplace

Если вы подали заявку на участие в программах Missouri Health Net, Medicaid или Marketplace и еще не получили решения, укажите дату и округ подачи заявки. Если вы приложили к заявке письмо с отказом, оставьте пустым это поле.

Дата подачи заявки

Округ подачи заявки

ПРИЛОЖИТЕ ДРУГИЕ ДОКУМЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ВАШЕЙ ФИНАНСОВОЙ СИТУАЦИИ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ. Настоящим я подтверждаю, что, по имеющимся у меня данным, приведенная выше информация является достоверной и правильной. В целях для оплаты этого больничного счета я подам заявку на любую региональную, федеральную или местную помощь, на получение которой я могу иметь право. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена CoxHealth, и я разрешаю им обратиться к третьим лицам, чтобы проверить точность информации, представленной в настоящем заявлении. Я понимаю, что если при заполнении настоящего заявления я сознательно предоставил(а) неверную информацию, я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть отозвана, и я буду нести ответственность за оплату счета(-ов).

Подпись пациента / ответственного лица

Дата:

Действительно с: 01.04.2018, заявление о предоставлении финансовой помощи изменено в декабре 2016 г.