Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

Распечатайте эту форму и заполните все разделы заявки, которые касаются вас. **Эту заявку невозможно заполнить в электронном виде**. Внимательно ознакомьтесь с инструкциями перед заполнением заявки.

Эта заявка используется для оценки вашего права на финансовую помощь по медицинским счетам от поставщиков услуг Mass General Brigham. Вы можете использовать эту заявку, чтобы получить помощь с оплатой медицинских счетов от следующих учреждений Mass General Brigham:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Участие в программе финансовой помощи Mass General Brigham не заменяет регистрацию в любой доступной программе медицинского страхования или плане помощи. Хотя программа распространяется на все необходимые по медицинским показаниям услуги, скидки зависят от типа предоставляемых услуг и место обслуживания. Изучите полный текст политики на нашем сайте, чтобы понять, какие именно услуги будут покрыты. Ниже приведен частичный перечень услуг, которые обычно не покрываются.

- отказ по обслуживанию в несетевых организациях
- косметическая хирургия
- услуги по лечению бесплодия (ART и IVF)
- большая часть услуг, не требуемых с медицинской точки зрения, включая операцию шунтирования желудка
- удобства для пациентов, включая размещение премиум-класса
- услуги из категории «только самостоятельная оплата»

Если вы не подадите заявку на государственную программу помощи, на которую вы потенциально имеете право, это может привести к задержке рассмотрения или к отклонению вашей заявки. Если вам нужна помощь в подаче заявки на участие в государственных программах помощи, вы можете воспользоваться услугами финансовых консультантов Mass General Brigham.

Вы должны раскрыть все сведения о другом страховом покрытии, требованиях об ответственности перед третьими сторонами, страховке транспортных средств или страховании работников от несчастных случаев для рассмотрения.

Если у вас возникнут вопросы по этой заявке, обратитесь в отдел финансовых услуг для пациентов в своей больнице или позвоните по номеру (617) 726-3884.

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

Контрольный перечень по заявке

- ❑ Заполните все применимые к вам разделы заявки; в разделе будет указано, можно ли его не заполнять.

- ❑ Приложите копию водительских прав, другого документа с фото или документа, подтверждающего ваше текущее место проживания. Вместе с любыми документами следует указать свое имя (раздел 1).

- ❑ Необходимо приложить документы по подтверждению дохода (раздел 3 и раздел 4).
  - Необходимо приложить копию недавней формы IRS 1040 или 1040A
  - Если ваш доход недавно изменился, приложите следующие документы: последние чеки (минимум 4), справки о безработице, банковские/инвестиционные отчеты и/или справки из отдела социального страхования.

- ❑ Если доход вашей семьи превышает 300% от текущего уровня бедности (FPL), определенного государством, вы также обязаны заполнить раздел 5. Ваш доход превышает 300% FPL, если он выше следующих лимитов:

  - Ознакомьтесь с уровнем бедности, установленным государством на текущий год или для семей большего размера, на сайте https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

- ❑ Ваши активы могут быть использованы для оценки вашего потенциала по оплате своих медицинских счетов. Вам будет необходимо предоставить сведения о своих активах, если к вам применимо любое из утверждений ниже (раздел 6):
  - Ваше постоянное место проживания находится за пределами США
  - Вы запрашиваете скидку на услугу, которая обычно не соответствует требованиям для получения такой помощи (например, неэкстренная помощь, доплаты, совместное страхование и франшизы)
  - Вы запрашиваете скидку на услуги McLean Hospital, Mass General Brigham HealthCare at Home или учреждения сети Spaulding Network.

- ❑ Возвратите заполненную заявку одному из финансовых консультантов пациентов MGB ИЛИ отправьте по следующему адресу:

Mass General Brigham
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Чтобы обеспечить быстрое рассмотрение вашей заявки, заполните все разделы, если не указано иное. Обработка заявки будет отложена, если вы не предоставите необходимую информацию или документы.

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

1. Основные сведения

Заполните этот раздел о лице, подающем заявку. Пациент или лицо, которое несет финансовую ответственность за пациента, считается лицом, подающим заявку.

Требуемая документация: приложите документы, подтверждающие место проживания: водительские права, другой документ с фото или документ, подтверждающий ваше текущее место проживания. Вместе с любыми документами следует указать ваше имя.

Фамилия	**Имя**	**MI**

Дата рождения	**Пол** Мужской ❑ Женский ❑
Телефоны Домашний: ( ) Рабочий: ( ) Мобильный: ( )	**Почтовый адрес** (указать город, штат и индекс)
Имя пациента *(если отличается от имени заявителя)*	**Дата обслуживания пациента (указать место оказания услуг)**
Дата рождения заявителя *(если отличается от данных заявителя)*	
Номер медицинской карты пациента (MRN) и номер учетной записи (выписка)	

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

2. Информация о семье

Если применимо, укажите супругу/супруга заявителя и детей до 19 лет, проживающих с заявителем. Этот раздел можно оставить пустым, если заявитель не проживает с супругом/супругой или детьми.

Имя члена семьи	Связь	Дата рождения

3. Трудовой доход

Заполните этот раздел о трудовом доходе заявителя и каждого работающего члена семьи, указанного в разделе 2. **Укажите валовый доход, т.е. доход до налогообложения и удержаний.** Этот раздел можно оставить пустым, если заявитель и члены его/ее семьи не имеют трудового дохода.

Требуемая документация: Приложите документы, которые подтверждают этот доход: квитанции о начислении заработной платы, налог на доходы физических лиц, выписки W2, банковские выписки или другие подтверждающие документы.

Имя работающего члена семьи	Адрес и имя работодателя:	Валовая сумма (заработанная)	Частота *Отметить один вариант*	Только для служебных отметок
			☐ Еженедельно ☐ Ежемесячно ☐ Ежегодно	
			☐ Еженедельно ☐ Ежемесячно ☐ Ежегодно	
			☐ Еженедельно ☐ Ежемесячно ☐ Ежегодно	
			☐ Еженедельно ☐ Ежемесячно ☐ Ежегодно	

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

4. Прочий доход

Заполните этот раздел о другом доходе заявителя и каждого члена семьи, указанного в разделе 2, который получает другой доход. Другой доход – это деньги, которые вы получаете, но не от работодателя. **Укажите валовый доход, т.е. доход до налогообложения и удержаний.** Этот раздел можно оставить пустым, если заявитель и члены его/ее семьи не имеют другого дохода.

Требуемая документация: Приложите документы, которые подтверждают этот доход: квитанции о начислении заработной платы, налог на доходы физических лиц, выписки W2, банковские выписки или другие подтверждающие документы.

Тип дохода	**Члены семьи, получающие доход**	**Валовая сумма (полученная)**	**Частота** *обвести один вариант*	**Только для служебных отметок**
Пособие по безработице			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Помощь по системе социального страхования			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Пособие для демобилизованных военнослужащих			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Рента и пенсия			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Пособие на ребенка и алименты			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Доход от аренды			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Выплаты по страховке от несчастных случаев			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Дивиденды и доход от процентов			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Прочее			еженедельно, ежемесячно, ежегодно	

5. Другие расходы на медицинскую помощь

Этот раздел может не касаться вас. Заполните этот раздел, если ваш семейный доход превышает 300% от текущего уровня бедности (как описано на 2 странице).

Если вы превышаете предел в 300% от текущего уровня бедности, вам необходимо перечислить расходы на медицинское обслуживание в учреждениях, не перечисленных на 1 странице (т.е. учреждения, которые не входят в сеть Mass General Brigham HealthCare). Этот раздел не следует заполнять, если ваш семейный доход ниже 300% или если у вас отсутствуют расходы на медицинское обслуживание вне сети MGB HealthCare. У вас могут запросить необходимые документы, но сейчас они не требуются.

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

Медицинские расходы	**Общая сумма**	**Частота**	**Только для служебных отметок** *Общие расходы*
Медицинские счета		еженедельно, ежемесячно, ежегодно	
Счета за лекарства		еженедельно, ежемесячно, ежегодно	

6. Сведения об активах

Этот раздел может не касаться вас. Заполните этот раздел, ЕСЛИ:

- Ваше постоянное место проживания находится за пределами США **ИЛИ**
- Вы запрашиваете скидку на неэкстренную помощь, доплаты, совместное страхование и франшизы. Пациенты, которые запрашивают финансовую помощь за неэкстренное лечение, полученное в учреждении сети Spaulding Network или McLean Hospital, не обязаны предоставлять сведения об активах.

Этот раздел можно оставить пустым, если вы не относитесь ни к одной из перечисленных выше категорий.

Требуемая документация: Приложите документы, которые подтверждают этот доход: выписка из банка или другой вариант подтверждения.

Вам не нужно указывать ваше основное место жительства (где вы живете)

Актив	**Владелец/владельцы**	**Название банка или компании**	**Денежная стоимость**
Сберегательные счета			
Текущие счета			
Счета в кредитных союзах			
Целевые фонды			
Акции/облигации			
Депозитные счета денежного рынка			
Инвестиционные фонды			
Коммерческая или инвестиционная недвижимость			
Прочее			

Mass General Brigham

Заявка на получение финансовой помощи в Mass General Brigham

7. Разрешение

Внимательно прочитайте этот раздел и подпишите внизу.

Насколько мне известно, вся информация в этом заявлении верна. Я согласен предоставить дополнительную документацию по запросу. **Я понимаю, что эта конфиденциальная информация не может быть раскрыта любой стороне за пределами Mass General Brigham без моего предварительного согласия.**

_____ _____

Подпись заявителя Дата

В случае подписи от имени заявителя: Насколько мне известно, вся информация в этом заявлении верна.

_____ _____

Подпись уполномоченного представителя Дата

_____ _____

Им уполномоченного представителя Связь с заявителем

_____

Контактный номер телефона

Перед подачей убедитесь, что вы заполнили все применимые разделы этой заявки и приложили все запрошенные документы. Заявки, которые заполнены не полностью, не будут одобрены.