



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Финансовый консультант: 855-271-2416

Факс: 253-680-3558

Почта:

TRA Medical Imaging, Attention: Financial Aid

PO Box 1535

Tacoma WA 98401

MEDICAL IMAGING – НЕОБХОДИМОСТЬ, А НЕ РОСКОШЬ

Компания TRA Medical Imaging оказывает помощь всем пациентам вне зависимости от их финансовых возможностей. Мы предоставляем финансовую помощь согласно действующим федеральным нормативам бедности. Для участия в программе необходимо сначала использовать все имеющиеся медицинские льготы – частную страховку или Medicare. Программа может покрыть франшизу или сострахование по планам частного страхования и Medicare.

Если вас интересует финансовая помощь, заполните заявление и отправьте его по почте или факсу вместе с подтверждающими документами не позднее чем за 48 часов до приёма. Наши финансовые консультанты ответят на ваши вопросы и помогут на всех этапах подачи заявления.

При соответствии требованиям наша программа предлагает:

- Финансовую помощь для оплаты услуг в любом учреждении под управлением TRA
- Оплату по скользящей шкале с учётом уровня дохода
- Гибкие условия рассрочки
- Помощь в выборе доступных медицинских планов

ДОСТУПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

После реформы национальной системы здравоохранения право на недорогую или субсидируемую медицинскую страховку получили больше людей, чем когда-либо прежде. Как правило, на неё имеют право граждане и семьи со средним и низким доходом. Если вы ещё не подавали заявку, посетите сайт www.wahealthplanfinder.org и узнайте подробнее. Наша программа финансовой помощи может покрыть франшизу или сострахование по этим планам.

СОФИНАНСИРОВАНИЕ ГРАНТОВ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

TRA Medical Imaging признаёт гранты финансовой помощи от ряда медицинских организаций. Если вы уже получаете помощь от другой медицинской организации, заполнять заявление полностью не нужно. Просто приложите к заявлению копию действующего письма о предоставлении помощи – мы окажем поддержку на том же уровне, если это применимо. Если помощь вам предоставила организация, не указанная в списке ниже, свяжитесь с нами.

Мы признаём гранты от:

- Franciscan Health System
- MultiCare Health System
- Community Health Clinics
- HealthPoint
- Sea Mar Community Health Centers
- Thurston County Project Access
- Providence and Swedish
- Evergreen Hospital Medical Center
- Capital Medical Center
- Overlake Hospital Medical Center
- Seattle Cancer Care Alliance
- UW Medicine / Valley Medical Center
- Virginia Mason

Если у вас возникнут вопросы или потребуется помощь, звоните по бесплатному номеру (855) 271-2416, затем нажмите 1.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Заполните заявление и направьте его вместе с подтверждающими документами в наш офис не позднее чем за 48 часов до приёма.

1 Сведения о пациенте

ФИО пациента _____ Дата рождения _____
Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____
Адрес _____

2 Есть ли у вас медицинская страховка?

Да Нет Если «Нет» – подавали ли вы заявку на покрытие через

Washington Healthplanfinder? Да Нет Если «Нет», укажите причину: _____

3 Получали ли вы финансовую помощь от другой медицинской организации?

Да Нет Если «Да» –

перейдите к пункту 7 заявления. Вместо полностью заполненного заявления приложите к подписанному заявлению копию действующего письма об оказании помощи от другой организации.

4 ФИО супруга(-и) или родителя (если заявитель – несовершеннолетний или иждивенец)

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____
Адрес _____

5 Приложите последние расчётные листки, форму W-2 и другие справки о доходах.

Доход (ежемесячно)	Пациент	Доход других членов семьи
Заработная плата		
Самозанятость		
Государственная помощь		
Пособие по безработице		
Компенсация работникам		
Алименты		
Алименты на ребёнка		
Пенсия		
Процентный доход		
Доход от аренды недвижимости		
Прочие доходы (укажите)		
Совокупный доход		

При отсутствии дохода укажите причину: _____

6 Перечислите всех иждивенцев, проживающих с вами, включая супруга(-у):

ФИО	Родство	Возраст	ФИО	Родство	Возраст

7 Подтверждаю, что вся указанная информация достоверна и верна, насколько мне известно. Я понимаю, что ложная или неполная информация может привести к задержке или прекращению выплат. Это также может повлечь переплату пособий, которую придётся вернуть, и штрафные санкции. Я разрешаю компании TRA Medical Imaging проверить любые из указанных сведений и даю согласие на их передачу компании TRA Medical Imaging в целях определения права на финансовую помощь. Под страхом ответственности за дачу ложных показаний подтверждаю, что предоставил достоверные и полные сведения.

Подпись _____ Дата _____

Данные сведения конфиденциальны. Отправьте по факсу (253) 680-3558 или почтой по адресу: TRA Medical Imaging, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401. Если у вас возникнут вопросы или потребуется помощь, звоните по бесплатному номеру (855) 271-2416, затем нажмите 1.