



ЗАЯВА НА ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ

Фінансовий консультант: 855-271-2416

Факс: 253-680-3558

Пошта:

TRA Medical Imaging, Attention: Financial Aid

PO Box 1535

Tacoma WA 98401

МЕДИЧНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ – ЦЕ НЕОБХІДНІСТЬ, А НЕ РОЗКІШ

TRA Medical Imaging надає допомогу всім пацієнтам незалежно від їхніх фінансових можливостей. Ми надаємо фінансову допомогу відповідно до чинних федеральних настанов щодо рівня бідності. Для участі в програмі отримувач має спочатку скористатися всіма наявними медичними виплатами – приватним страхуванням або Medicare. Ця програма може покрити франшизу або співстрахування за планами приватного страхування та Medicare.

Якщо вас цікавить фінансова допомога, заповніть цю заявку та надішліть її поштою або факсом разом із підтверджуючими документами щонайменше за 48 годин до прийому. Наші фінансові консультанти готові відповісти на ваші запитання та супроводжувати вас у процесі подання заявки.

Якщо ви відповідаєте критеріям, наша програма пропонує:

- Фінансову допомогу на послуги в будь-якому закладі під управлінням TRA
- Гнучку шкалу оплати залежно від рівня доходу
- Зручні плани платежів
- Допомогу у виборі доступних медичних планів

ДОСТУПНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Завдяки змінам у системі охорони здоров'я на національному рівні право на недороге або субсидоване медичне страхування тепер мають більше людей, ніж будь-коли. Право на участь зазвичай мають особи та сім'ї із середнім і низьким рівнем доходу. Якщо ви ще не подавали заявку, відвідайте вебсайт www.wahealthplanfinder.org, щоб отримати додаткову інформацію. Наша програма фінансової допомоги може покрити франшизу або співстрахування за цими планами.

СПІВФІНАНСУВАННЯ ГРАНТІВ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

TRA Medical Imaging визнає гранти на фінансову допомогу від певних медичних установ. Якщо ви вже отримали допомогу від іншої медичної організації, можливо, вам не доведеться заповнювати повну заявку. Просто надішліть копію чинного листа про допомогу разом із цією заявкою, і ми надамо допомогу на такому самому рівні, якщо це можливо. Якщо вам надано допомогу від організації, не зазначеної нижче, зв'яжіться з нами.

Ми визнаємо гранти від:

- 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

Якщо у вас виникнуть запитання або знадобиться допомога, телефонуйте на безкоштовну лінію (855) 271-2416, опція 1.

ЗАЯВА НА ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ

Заповніть цю заявку та надішліть її разом із підтверджуючими документами до нашого офісу щонайменше за 48 годин до прийому.

1 Інформація про пацієнта

Ім'я пацієнта _____ Дата народження _____
Домашній телефон _____ Мобільний телефон _____
Адреса _____

2 Чи маєте ви медичне страхування?

Так Ні Якщо ви обрали «Ні», чи подавали ви заявку на страхування через

Washington Healthplanfinder? Так Ні Якщо ви обрали «Ні», поясніть: _____

3 Чи отримували ви фінансову допомогу від іншої медичної організації?

Так Ні Якщо ви обрали «Так»,

перейдіть до кроку 7 цієї заявки. Окрім підписаної заявки, надайте копію чинного листа про надання допомоги від іншої організації замість повністю заповненої заявки.

4 Чоловік/дружина або батьки (якщо заявник неповнолітній або утриманець) Ім'я _____

Домашній телефон _____ Мобільний телефон _____
Адреса _____

5 Надайте останні платіжні відомості, форму W2 та інші документи, що підтверджують дохід.

Дохід (місячні суми)	Пацієнт	Інші доходи сім'ї
Заробітна плата		
Самозайнятість		
Державна допомога		
Безробіття		
Компенсація працівникам		
Аліменти		
Аліменти на дитину		
Пенсія або пенсійні виплати		
Дохід від відсотків		
Дохід від оренди нерухомості		
Інші доходи (зазначте)		
Загальний дохід		

Якщо доходу не було, поясніть детально: _____

6 Перелічіть усіх утриманців у вашому домогосподарстві, включно з чоловіком/дружиною:

Ім'я	Родинні зв'язки	Вік	Ім'я	Родинні зв'язки	Вік

7 Наведена вище інформація є правдивою та достовірною, наскільки мені відомо. Я усвідомлюю, що надання неправдивої або неповної інформації може затримати або припинити мої виплати. Це також може призвести до переплати, яку я зобов'язаний(-а) повернути, та до накладення штрафних санкцій. Я уповноважую TRA Medical Imaging перевірити будь-яку з наведеної вище інформації та дозволяю її розкриття для TRA Medical Imaging з метою визначення права на фінансову допомогу. Я присягаю під загрозою кримінальної відповідальності за лжесвідчення, що надав(-ла) правдиву та повну інформацію.

Підпис _____

Дата _____

Ця інформація є конфіденційною. Надішліть факсом (253) 680-3558 або поштою на адресу: TRA Medical Imaging, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401. Якщо у вас виникнуть запитання або знадобиться допомога, телефонуйте на безкоштовну лінію (855) 271-2416, опція 1.