

## Финансовая помощь UPMC Информация о заявлении

UPMC оказывает финансовую помощь на медицинское обслуживание, предоставляемую организациями UPMC и аффилированными врачами UPMC лицам и семьям, отвечающим соответствующим критериям. В зависимости от того, насколько трудным является ваше финансовое положение, вам могут быть предоставлены скидки по оплате или бесплатное лечение.

### Вам может быть оказана финансовая поддержка, если вы отвечаете следующим критериям:

- на действующую страховку распространяются ограничения или страховка отсутствует;
- вы не отвечаете критериям государственных программ страхования (например, Medicare или Medicaid);
- вы можете доказать наличие финансовых затруднений;
- вы проживаете на основной территории обслуживания поставщика услуг UPMC;
- вы можете предоставить UPMC необходимую информацию о финансовом состоянии вашей семьи;
- у вас есть медицинские счета на сумму, превышающую ваши возможности оплатить их, согласно определению в рекомендациях UPMC.

### Информация о процедуре подачи заявления

Чтобы подать заявку на финансовую помощь UPMC, необходимо выполнить следующие шаги.

- Вы заполняете прилагаемую к данному пакету документов форму Заявления на получение финансовой помощи UPMC.
  - > Необходимо приложить сопроводительные документы, указанные в перечне.
  - > Обратите внимание на то, что вам в первую очередь необходимо проверить, полагаются ли вам некоторые страховые льготы, которые могли бы покрыть ваше лечение (например, компенсация работникам, автомобильная страховка и программа Медицинской помощи). Мы подскажем вам, как получить за счет них подходящие ресурсы.
  - > Мы рассмотрим ваш уровень дохода и размер семьи, чтобы определить, какой уровень помощи вам полагается. Мы используем скользящую шкалу, разработанную по рекомендациям федерального правительства для расчета уровня бедности.
- Мы свяжемся с вами и сообщим вам о том, соответствуете ли вы критериям финансовой помощи UPMC.
- Мы можем помочь вам составить схему выплат любых оставшихся платежей и по любым счетам, которые не покрываются в рамках финансовой помощи UPMC.

### Подача заявления

Отправьте заполненную форму заявления и копии документов, подтверждающих ваш доход, по адресу:

#### Финансовая помощь UPMC

Quantum Building  
2 Hot Metal St.  
Pittsburgh, PA 15203

Пациенты больниц UPMC Kane, UPMC Susquehanna, UPMC Chautauqua WCA и UPMC Somerset могут отправить документы с заявлением по адресам далее, соответственно:

#### UPMC Kane

4372 Route 6  
Kane, PA 16735  
814-837-8585

#### UPMC Susquehanna

Financial Assistance Office  
1205 Grampian Blvd.  
Williamsport, PA 17701  
1-800-433-0816 или 570-326-8196

#### UPMC Chautauqua WCA

Patient Financial Services Department  
207 Foote Avenue  
Jamestown, NY 14701  
1-855-221-0343 or 716-664-0459

#### UPMC Somerset

Attn: Cashier  
225 S. Center Avenue  
Somerset, PA 15501  
1-814-443-5002

Если у вас возникли вопросы, позвоните по бесплатному номеру 1-800-371-8359, нажмите пункт меню 2. Дополнительная информация также доступна через Интернет по адресу [UPMC.com/PayMyBill](https://www.upmc.com/PayMyBill).

# Финансовая помощь UPMC. Перечень документации

К заявлению должны быть приложены копии ваших любых указанных ниже документов. Будьте внимательны. Не прилагайте оригиналы документов, так как UPMC не возвращает документы, отправленные с данным заявлением. Если какие-либо из документов не будут приложены к заявлению, то это скажется на сроках его обработки.

## Если у вас есть доходы или активы, такие как:

- оклад, зарплата, даровые доходы;
- доходы от бизнеса;
- доходы социального страхования;
- пенсия или пенсионный доход;
- дивиденды и проценты;
- арендная плата и лицензионные платежи;
- выплата льготного пособия по безработице;
- компенсация работникам;
- алименты и пособие на ребенка;
- юридические решения;
- наличные средства, банковские счета и счета денежного рынка;
- подлежащие оплате депозитные сертификаты, взаимно предоставляемые фонды, облигации или другие инвестиции в простом владении, которые можно обналичить без пени.

## Приложите дополнительные документы, подтверждающие доход вашей семьи. К таким документам могут относиться:

формы 1099 службы социального обеспечения или письма о назначении пособий;

письма о присвоении статуса безработного или назначении компенсации работникам;

квитанции о начислении заработной платы за последние три месяца;

последние формы 1040 для Налогового управления США (IRS Form 1040) и соответствующие тарифные таблицы;

если вы являетесь частным предпринимателем, то необходимо приложить Форму С и / или отчет о прибылях и убытках;

банковские выписки о балансе счета, отчеты о состоянии взаимно предоставляемых фондов, счета денежного рынка, требования оплаты ценных бумаг наличными при поставке, облигации и т. д. (выписка за прошлый или текущий месяц);

письма-поручительства;

другие доходы, например фонды доверительного владения, благотворительные организации и т. д. (выписка за прошлый или текущий месяц).

## Если у вас нет доходов:

Если у вас нет источника доходов, отправьте нам спонсорское письмо. Лицо, оказывающее вам спонсорскую поддержку, должно подписать данное письмо.

## Письмо об отказе в приеме в программу Медицинской помощи

Вам необходимо подать заявку на участие в программе Медицинской помощи, а нам отправить копию полученного письма об отказе в приеме в программу, чтобы мы могли одобрить ваше заявление.

## Заполненная и подписанная форма Заявления на получение финансовой помощи

Заполните все касающиеся вас разделы формы. Обратите внимание на то, что на каждого пациента, отправляющего запрос на получение финансовой помощи, заполняется отдельное заявление.

# Финансовая помощь UPMC. Форма заявления

Имя, фамилия пациента:	
Дата рождения пациента:	Номер полиса социального страхования пациента:
Адрес:	
Город:	Штат:
Индекс:	Округ:
Имя и фамилия работодателя:	
Имя и фамилия работодателя супруга(-и):	
Номер телефона в рабочие часы:	
Дополнительный номер телефона:	

**Запрашиваемые услуги:** Отметьте те услуги, для оплаты которых вы запрашиваете финансовую помощь.

Данные услуги были оказаны (отметьте все, что применимо):

<input type="checkbox"/> Больницы и клиники UPMC	<input type="checkbox"/> Отделение терапевтических услуг UPMC	<input type="checkbox"/> Онкологические центры UPMC
--	---	---

Если вы уже получили счет, укажите номер своей карты или идентификационный номер пациента: \_\_\_\_\_

Есть ли у вас медицинская страховка?    Да            Нет

Подавали ли вы заявку на участие в программе Медицинской помощи в последние 6 месяцев?    Да            Нет

> Если «да», то приложите копию Письма об отказе.

**Информация о семье:** Перечислите ВСЕХ проживающих с вами членов семьи, которые были указаны в последней форме 1040 для Налогового управления США (IRS Form 1040). Если у члена вашей семьи есть отдельный счет за медицинское обслуживание UPMC, который необходимо учесть для получения финансовой помощи, поставьте галочку в колонке «Счет за медицинское обслуживание UPMC»

Ф. И. О.	Кем приходится пациенту	Возраст	Счет за медицинское обслуживание UPMC

Общее количество членов семьи (включая пациента): \_\_\_\_\_

**Ежемесячный доход на семью:** Укажите ваш собственный ежемесячный доход и доход остальных членов семьи. Приложите также экземпляры документов, подтверждающих ваш доход (см. перечень документации).

<b>Общий ежемесячный доход</b>	<b>Собственный</b>	<b>Супруга(-и) и / или другого члена семьи</b>
Заработная плата / частное предпринимательство	\$	\$
Программа социального обеспечения	\$	\$
Пенсия или пенсионный доход	\$	\$
Дивиденды и проценты	\$	\$
Арендная плата и лицензионные платежи	\$	\$
Безработный	\$	\$
Компенсация работникам	\$	\$
Алименты и пособие на ребенка	\$	\$
Наличные средства	\$	\$
Банковские счета	\$	\$
Счета денежного рынка	\$	\$
Другой источник доходов	\$	\$
<b>Итого доходов на семью в месяц</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

### **Дополнительные комментарии:**

**Отказ от ответственности.** Я понимаю, что предоставленная мной информация будет использоваться только в целях определения финансовой ответственности за мои выплаты в адрес UPMC (медицинское обслуживание, включая услуги больницы и терапевта), а также то, что в отношении информации будет соблюдена конфиденциальность. Я понимаю, что отправленные мной материалы в доказательство моих доходов и активов не будут мне возвращены. Я также понимаю, что информация, предоставленная мной в отношении годового дохода моей семьи и размера семьи, подлежит проверке UPMC, включая, при необходимости, запрос финансовой информации у работников, банков и других организаций, указанных мной в настоящем заявлении. Я понимаю, что если будет доказано, что предоставленная мной информация окажется ложной, то это может привести к отзыву решения о предоставлении финансовой помощи, а мне придется выплатить полную сумму платежей.

Подписывая данную форму, я разрешаю UPMC проверить всю предоставленную в ней информацию. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является достоверной и точной.

Подпись: \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_