

# Программа оказания Финансовой помощи Baptist Health

Если вам необходима помощь в оплате медицинских услуг, полученных в больнице Baptist Health, наша программа оказания Финансовой помощи (FAP) может помочь вам. Полностью заполните это заявление, чтобы наши Юридические консультанты пациентов по финансовым вопросам могли своевременно рассмотреть и обработать его. Отсутствие или нечеткость информации могут привести к задержке рассмотрения заявления или к отказу.

В дополнение к заявлению вас могут попросить предоставить указанные ниже подтверждающие документы.

Тип дохода домохозяйства	Необходимая документация
Доход от трудовой деятельности (заработная плата)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самый последний расчетный лист с валовой заработной платой с начала года до текущей даты; ИЛИ</li> <li>хотя бы самый последний расчетный лист за весь месяц.</li> </ul>
Доход от индивидуальной предпринимательской деятельности или доход от сдачи недвижимости в аренду	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>отчет о прибылях и убытках; ИЛИ</li> <li>договоры аренды.</li> </ul>
Инвестиционный доход (проценты, дивиденды и т. п.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>инвестиционные отчеты.</li> </ul>
Пособие по безработице или компенсация за производственную травму	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сопроводительная ведомость с указанием валовых еженедельных выплат.</li> </ul>
Алименты или пособие на ребенка	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>решение суда о расторжении брака или присужденной сумме.</li> </ul>
Пенсионный или аннуитетный доход	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>справка о ежемесячных валовых выплатах.</li> </ul>
Пособия по социальному страхованию, дополнительному страхованию или пособия для ветеранов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>справка о ежемесячных валовых выплатах.</li> </ul>

Тип актива домохозяйства	Необходимая документация
Денежные средства	<ul style="list-style-type: none"> <li>Текущая банковская выписка по всем текущим и сберегательным счетам.</li> </ul>
Инвестиции (вкладные свидетельства, сберегательные облигации США, казначейские векселя США, акции, фонды денежного рынка, взаимные фонды, трастовые фонды и т. п.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Инвестиционные отчеты с указанием остаточной суммы.</li> </ul>
Дополнительная жилая недвижимость	<ul style="list-style-type: none"> <li>Декларация об ипотеке (не на основное место жительства); ИЛИ</li> <li>декларация или счет по налогу на имущество.</li> </ul>

Лица, проживающие в вашем доме	Необходимая документация
Дети-иждивенцы в возрасте младше 18 лет, которые проживают с вами	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>документы об опеке; ИЛИ</li> <li>решение суда о расторжении брака.</li> </ul>
Дети-иждивенцы в возрасте младше 25 лет, которые являются студентами дневной формы обучения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями; ИЛИ</li> <li>справка о зачислении в учебное заведение.</li> </ul>
Соответствующий критериям родственник, проживающий с вами (мать или отец, родственник по браку, брат или сестра, племянница, племянник)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самая последняя налоговая декларация со всеми приложениями, подтверждающими, что вы указали их в своей налоговой декларации.</li> </ul>

## Способы подачи заявления



Отправить онлайн по адресу [www.My.BaptistChart.com](http://www.My.BaptistChart.com)



Отправить на адрес электронной почты [PFSFAAPPT@bmcjax.com](mailto:PFSFAAPPT@bmcjax.com)



Подать лично в любой из наших больниц Baptist или в нашем учреждении в San Marco East по адресу  
3563 Philips Highway,  
BLDG B, STE 201  
Jacksonville, FL 32207



Отправить на почту по адресу  
Baptist Health Jacksonville  
P.O. Box 736048  
Dallas, TX 75373-6048  
Attn: Patient Financial Advocate

## Заявление на получение финансовой помощи на медицинские услуги

Имя пациента: \_\_\_\_\_ Номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Дата рождения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Номер социального страхования: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_  
 Адрес: \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

С ограниченными возможностями: Да Нет  
 Беременна: Да Нет  
 Бездомный(-ая): Да Нет  
 Семейное положение: \_\_\_\_\_

Есть ли медицинское или автострахование для покрытия расходов на медицинскую помощь? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_  
Страхование/№ полиса

**Лица, проживающие в вашем доме**

Перечислите себя и всех проживающих с вами иждивенцев, которым вы оказываете поддержку, включая супругу(-а), детей в возрасте младше 18 лет или детей — студентов дневной формы обучения до 25 лет [биологические, усыновленные (удочеренные), приемные дети и дети, зависимые по другим юридическим основаниям], родителей, родственников по браку, братьев и сестер, племянниц или племянников.

Имена лиц, проживающих в вашем доме	Дата рождения	Последние 4 цифры номера социального страхования	Родственные отношения с пациентом	Статус налогоплательщика
Я/пациент			Я/пациент	

**Доход домохозяйства**

Перечислите все доходы или укажите «нет дохода» для всех членов семьи, перечисленных выше, включая вас.

Имена лиц, проживающих в вашем доме <small>с доходом или без него (включая вас)</small>	Источник дохода	Количество месяцев с доходом или без дохода	Текущий валовой ежемесячный доход	Годовой валовой доход
	<small>Имя работодателя, самозанятость, доход от аренды, инвестиционный доход, компенсация за производственную травму, пособие по безработице, алименты / пособие на ребенка, пенсия / пенсионные выплаты / аннуитеты, социальное страхование, пособия и льготы для ветеранов или «нет дохода». Если вы не знаете, напишите «неизвестно».</small>			<small>Укажите общий доход</small>
Я/пациент*				

\* Если вы указываете «нет дохода», сообщите нам, кто вас поддерживает: Имя: \_\_\_\_\_ Родственные отношения: \_\_\_\_\_

**Активы домохозяйства**

Перечислите все активы или укажите «нет активов» для всех членов семьи, перечисленных выше, включая вас\*.

Имена лиц, проживающих в вашем доме	Тип актива	Общая текущая сумма актива в долл. США
Я/пациент		

\* Если общая сумма всех активов превышает 75 000 долл. США, любая сумма, превышающая 75 000 долл. США, будет считаться доходом для целей настоящего расчета.

**Вниманию получателей выплат по программе «Медикэр»:** федеральные правила требуют, чтобы при подаче заявления на получение финансовой помощи от больниц получатели выплат по программе «Медикэр» предоставляли справку о доходах и активах.

Baptist Health оставляет за собой право изменять любое решение, принятое в соответствии с этой формой, включая отмену списания, если предоставленная информация является неточной или ложной либо если счета за лечение относятся к несчастному случаю, по которому предусмотрено последующее возмещение денежных средств. Я подтверждаю, что приведенная выше информация достоверна, и понимаю, что в соответствии с разделом 817.50 Свода законов штата Флорида предоставление ложной информации с намерением введения сотрудников больницы в заблуждение в целях получения товаров или услуг рассматривается как мелкое преступление второй степени. Я даю разрешение Baptist Health на проверку информации, предоставленной в отчете о кредитной истории, в необходимых случаях.

Подпись пациента или поручителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_